

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1933

THÈSE

No  
**547**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Paul-Jean BUTAUD**

Né le 18 février 1904 à Bourganeuf (Creuse)

Moniteur de Clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté

Ancien Interne de l'Hôpital Bon-Secours

---

LES MÉTRORRAGIES

APRÈS LA MÉNOPAUSE

LEUR VALEUR SYMPTOMATIQUE

*« La somme des maux de la femme est bien au-dessus de celle que la nature a départie à l'homme, sous ce rapport la condition des femmes est des plus misérables et tous nos efforts doivent tendre à la soulager ».*

VIGAROUX, *Maladies des Femmes*,  
Introduction, p. 5.

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

---

1933

746

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Paul-Jean BUTAUD**

Né le 18 février 1904 à Bourgneuf (Creuse)  
Moniteur de Clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté  
Ancien Interne de l'Hôpital Bon-Secours

---

LES MÉTRORRAGIES

APRÈS LA MÉNOPAUSE

LEUR VALEUR SYMPTOMATIQUE

*« La somme des maux de la femme est bien au-dessus de celle que la nature a départie à l'homme, sous ce rapport la condition des femmes est des plus misérables et tous nos efforts doivent tendre à la soulager ».*

VIGAROUX, *Maladies des Femmes*,  
Introduction, p. 3.

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

PARIS  
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1933

I. — PROFESSEURS

|                                                                         | MM.                    |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIERE.              |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . . . . .       | GRÉGOIRE.              |
| Physiologie . . . . .                                                   | BINET.                 |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.                |
| Chimie médicale . . . . .                                               | DESGREZ.               |
| Bactériologie . . . . .                                                 | N...                   |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .                   | BRUMPT.                |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | BAUDOUIN.              |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | CLERC.                 |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | MARION.                |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.                |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.                |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.             |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | LOEPER.                |
| Hygiène et Médecine préventive . . . . .                                | TANON.                 |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE.     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FISSINGER.             |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . .                       | M. VILLARET.           |
| Clinique médicale. . . . .                                              | CARNOT.                |
|                                                                         | BEZANÇON.              |
|                                                                         | ACHARD.                |
|                                                                         | Marcel LABBÉ           |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .                     | LEREBOULLET.           |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBÉCOURT.             |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.              |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                       | GUILLAIN.              |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.              |
|                                                                         | LENORMANT.             |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          | CUNÉO.                 |
|                                                                         | LEJARS.                |
|                                                                         | GOSSET.                |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.               |
| Clinique urologique . . . . .                                           | LEGUEU.                |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | COUVELAIRE.            |
|                                                                         | BRINDEAU.              |
|                                                                         | JEANNIN.               |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | J.-L. FAURE.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .                  | OMBRÉDANNE.            |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.               |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                            | Pierre DUVAL.          |
| Clinique propédeutique. . . . .                                         | SERGENT.               |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                    | Léon BERNARD           |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.               |
| Professeurs sans chaire. . . . .                                        | MAUCLAIRE, HOVELACQUE. |
|                                                                         | MULON et VERNE.        |



## II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.  
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.  
 BÉNARD (Hen-  
 ri) . . . . . Pathologie médicale.  
 BROcq . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 BRULÉ . . . . . Pathologie médicale.  
 BUSQUET . . . Pharmacologie.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
 CATHALA . . . Pathologie médicale.  
 CHABROL . . . Pathologie médicale.  
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.  
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.  
 DOGNON . . . Physique.  
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.  
 ECALLE . . . . . Obstétrique.  
 FEY . . . . . Urologie.  
 GASTINEL . . . Bactériologie.  
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.  
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.  
 GIROUD . . . . . Histologie.  
 HALPHEN. . . . . Oto-rhino-laryngologie.  
 HARVIER. . . . . Pathologie médicale.  
 HAZARD . . . . . Pharmacologie.  
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.  
 HUTINEL. . . . . Pathologie médicale.  
 JOANNON. . . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LEVEUF . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.  
 LIAN. . . . . Pathologie médicale.  
 MONDOR . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOREAU . . . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. . . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOURE . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.  
 OLIVIER . . . . . Anatomie.  
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.  
 PORTES . . . . . Obstétrique.  
 QUENU. . . . . Pathologie chirurgicale.  
 RICHET Fils . . . Physiologie.  
 SANNIÉ . . . . . Chimie biologique.  
 SÉZARY. . . . . Dermatologie et syphiligraphie.  
 TROISIÈRE. . . . . Pathologie expérimentale et comparée.  
 VALLERY-RA-  
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.  
 VAUDESCAL. . . . . Obstétrique.  
 VELTER . . . . . Ophtalmologie.  
 VIGNES. . . . . Obstétrique.

## III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.  
 LEQUEUX . . . . . Obstétrique.  
 LEROUX . . . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie  
 RETTERER. . . . . Histologie.  
 ZIMMERN. . . . . Physique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.            |                        | MM.             |                        |
|----------------|------------------------|-----------------|------------------------|
| ABRAMI . . . . | Clinique médicale.     | MOCQUOT . . .   | Clinique chirurgicale. |
| CHIRAY. . . .  | Clinique médicale.     | PROUST. . . .   | Clinique chirurgicale. |
| DEBRE . . . .  | Clinique médicale.     | SCHWARTZ. . .   | Clinique chirurgicale. |
| DUVOIR. . . .  | Clinique médicale.     | LE LORIER . . . | Clinique obstétricale. |
| BASSET. . . .  | Clinique chirurgicale. | LEVY-SOLAL. .   | Clinique obstétricale. |
| CHEVASSU. . .  | Clinique chirurgicale. | METZGER. . . .  | Clinique obstétricale. |
| HEITZ-BOYER    | Clinique chirurgicale. |                 |                        |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

|                                                 |   |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire. . . . . | } | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .                                  |   | Stomatologie.                                                                                                                          |
| CHAILLEY-BERT, agrégé. . .                      |   | Éducation physique.                                                                                                                    |
| LEDoux-LEBARD . . . . .                         |   | Radiologie clinique.                                                                                                                   |
| WEIL-HALLÉ . . . . .                            |   | Puériculture.                                                                                                                          |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE

Le Docteur A. BUTAUD

A MES GRANDS-PÈRES

Le Docteur M. BUTAUD

Le Docteur P. BROUSSE

*(im memoriam)*

A MON PÈRE

Le Docteur J. BUTAUD

*Auprès de qui j'ai toujours eu  
l'exemple du travail. Témoignage  
de ma grande affection et de mon  
admiration.*

A MON ONCLE

Le Docteur G. BERGER



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma grande  
affection.*

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

*Gage de ma plus sincère amitié.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

## A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Officier de la Légion d'Honneur.

*Nous apprécions tout l'honneur que nous fait Monsieur le Professeur Brindeau, en acceptant de présider notre thèse, qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser nos plus respectueux remerciements. Nous avons été son élève pendant trois ans, et nous nous efforcerons dans la pratique de notre profession de nous rappeler les leçons de la clinique Tarnier et de les mettre à profit.*

## A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Jean QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Chirurgien de l'Hôpital Bon Secours  
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris  
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre

*Qui nous a fait le grand honneur de  
nous accueillir comme Interne dans  
son service et a bien voulu nous  
donner le sujet de cette thèse. Nous  
le prions de bien vouloir agréer  
avec nos hommages de respectueuse  
reconnaissance, l'assurance de  
notre profond attachement.*



A MES MAITRES  
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A Monsieur le Docteur DONNET  
**Externat 1923 - Internat 1924**

*En témoignage de ma gratitude.*

Monsieur le Docteur VOUZELLE  
Monsieur le Docteur RAYMONDAUD  
Monsieur le Docteur DESCAZALS

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

**Stage**

Monsieur le Docteur DUFOUR  
Monsieur le Professeur BRINDEAU

**Externat**

Monsieur le Docteur CROUZON  
Monsieur le Docteur PAISSEAU  
Monsieur le Docteur TIXIER  
Monsieur le Professeur BRINDEAU  
Monsieur le Docteur BRAINE  
Monsieur le Docteur DE GENNES

**Monitoriat**

Monsieur le Professeur BRINDEAU  
Clinique Tarnier

**Internat**

Monsieur le Docteur JEAN QUÉNU  
Hôpital Bon Secours



## AVANT-PROPOS

---

Né et élevé dans un milieu médical, j'ai été dirigé à embrasser la profession de mes parents, par atavisme, par la force des choses, et aussi par une attirance personnelle.

Très souvent j'ai aidé mon père et mon grand-père à soigner les malades qui venaient demander leurs soins ; ils ont été mes premiers Maîtres et je me rappellerai toujours leur patience, leur dévouement et leur sens clinique.

Je m'efforcerai de suivre les exemples qui m'ont été donnés par mes ascendants, heureux de fêter l'an prochain le centenaire médical de ma famille (1834-1934) :

Dr A. Butaud (*Thèse Paris*, 1834). De la métrite chronique ;

Dr M. Butaud (*Thèse Paris*, 1868). De l'endocardite ulcéreuse ;

Dr J. Butaud (*Thèse Paris*, 1900). Contribution à l'étude clinique des imperforations ano rectales avec anus normalement conformé.

Mes biens sincères remerciements s'adressent à mes Professeurs de l'Ecole de Médecine de Limoges, à mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris.

Je n'aurai garde d'oublier l'accueil si plein de sympathie que j'ai reçu à l'hôpital Bon Secours durant mes deux années d'internat, soit auprès de la Direction Hospitalière, soit auprès des collaborateurs de M. le Dr Jean Quénu ; je remercie spécialement le Dr Béclère, assistant du service, dont les conseils m'ont été très précieux, et le Dr Nyka qui a bien voulu me faire profiter de son expérience et me guider dans l'étude de l'histologie.

Je tiens à remercier aussi M. le Dr Léon Giroux, médecin de l'hôpital Foch, pour la sympathie qu'il m'a toujours témoignée.

---

## INTRODUCTION

---

Sous le titre de métrorragies après la ménopause, nous n'envisageons que les cas où :

« L'hémorragie survient après un an d'aménorrhée totale ».

Cet intervalle d'une année sans menstruation est admise pour l'ensemble des gynécologues, et nous semble indispensable pour éliminer toutes les pertes sanguines se produisant au moment de la ménopause. Il faut savoir, en effet, que, quelquefois, la ménopause peut se faire par étape, s'étageant sur plusieurs années pendant lesquelles il peut exister des aménorrhées de quatre à cinq mois suivies d'abondantes hémorragies, ces cas ne rentrent pas dans notre étude. D'ailleurs ces pertes sanguines se présentent le plus souvent avec une symptomatologie telle que le diagnostic est facile, elles sont :

Brusques, abondantes, irrégulières, durant quatre à cinq jours, accompagnées de troubles vaso-moteurs, de bouffées de chaleur, tous caractères qui contrastent avec ceux présentés par les hémorragies qui sont étudiées dans notre thèse.

Lorsqu'une femme âgée, ménopausée depuis plusieurs

années, présente des métrorragies, la première chose à faire, est un toucher vaginal. Dans un certain nombre de cas, cette simple investigation suffit pour faire faire le diagnostic qui ne présente aucune difficulté, tel que : Polype, cancer du vagin, ou cancer du col. Ces cas-là ne retiendront pas notre attention. Mais lorsque l'hémorragie est le seul symptôme, lorsque l'examen local ne donne aucun renseignement précis, le diagnostic de la lésion saignante est difficile. Certains chirurgiens estimant que ces métrorragies sont toujours dues au cancer, admettent *a priori* ce diagnostic et font systématiquement l'hystérectomie.

Nous essayons de montrer :

1° Que si le cancer est en effet la cause la plus fréquente de l'hémorragie chez les femmes ayant depuis longtemps passé la ménopause, la proportion des lésions bénignes n'est pas absolument négligeable ;

2° Que l'on peut, par certains procédés d'exploration, arriver à faire presque constamment le diagnostic de la lésion saignante ;

3° Que l'on peut ainsi épargner à un certain nombre de femmes âgées, une opération qui n'est pas absolument sans risque.

Ce travail repose sur 23 observations recueillies dans le service de M. Jean Quénu à l'hôpital Bon Secours, représentant la totalité des cas observés du 1<sup>er</sup> janvier 1925 au 31 décembre 1931, soit pendant une période de sept ans.

Voici le plan que nous avons adopté :

I. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES LÉSIONS MALIGNES ET DES LÉSIONS BÉNIGNES.

II. — ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ENTRE CES DEUX VARIÉTÉS DE LÉSIONS.

A. — D'après les données étiologiques :

α) Age ;

β) Grossesse ;

B. — Les caractères cliniques de l'hémorragie ;

C. — Les signes physiques : Il peut exister fibrome ou kyste ;

D. — L'exploration endo-utérine.

1) Toucher vaginal sous anesthésie générale ;

2) Hystérométrie ;

3) Curettage.

I. — Avantages.

1) Sensation ;

2) Aspect macroscopique des fragments prélevés ;

3) Examen histologique.

II. — Critiques.

A. — Dangers (Perforation ;  
Localisations secondaires au vagin. Infection ;

B. — Infidélité ;

C. — Nécessité de deux actes opératoires.

4) Lipiodol.

III. — RÉSULTATS OBTENUS.

IV. — OBSERVATIONS.

V. — CONCLUSIONS.



## FRÉQUENCE RESPECTIVE DES LÉSIONS BÉNIGNES ET DES LÉSIONS MALIGNES

---

La fréquence des lésions bénignes et des lésions malignes, comme cause des métrorragies après la ménopause est très diversement interprétée :

En parcourant la littérature médicale, on voit qu'autrefois le cancer était considéré comme rare. En 1876, Pichot n'avait pu réussir que 44 cas dans la littérature française et anglaise.

En 1910, Cocheret considère au contraire le cancer comme très fréquent et il écrit dans sa thèse : « Après la ménopause, l'apparition de l'hémorragie utérine nous suffit pour permettre de faire le diagnostic de cancer cavitaires (lorsque l'examen au spéculum est négatif), avec le minimum de chance d'erreur que comporte un tel examen » (1).

Actuellement l'opinion régnante est la suivante : La métrorragie qui survient après la ménopause a pour origine un cancer du corps dans 90 cas sur 100. Corol-

---

(1) COCHERET. — *Thèse Paris*, 1910, p. 58.

laire : Toute femme perdant du sang après la ménopause doit être hystérectomisée.

Qu'il nous suffise de donner quelques opinions : dans la *Presse médicale*, M. le Pr J. L. Faure écrivait :

On peut poser en principe que lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles voit apparaître d'une façon continue des écoulements de sang ou de liquides plus ou moins septiques et sanguinolents, il y a 9 chances sur 10 si elle n'a rien au col pour que ces écoulements anormaux soient dus à un cancer utérin siégeant plus ou moins haut au-dessus de l'isthme et souvent tout à fait au fond (1).

Cette opinion est défendue dans la thèse de M. Jean Duval, élève de M. J. L. Faure pour qui : « L'apparition après la ménopause d'hémorragies utérines persistantes doit suffire pour permettre de porter le diagnostic de néoplasme utérin ; les chances d'erreur sont minimales ». Cet auteur donne une statistique où 90 fois sur 100, la cause des hémorragies après la ménopause était le cancer du corps de l'utérus (2).

M. Pauchet conseille l'hystérectomie systématique chez les femmes qui voient réapparaître un écoulement sanguin persistant ou récidivant. Il dit : « Je n'ai jamais été nuisible aux malades et je leur ai rendu toujours service ; le cancer se trouvant dans 85 à 90 % des cas (3).

---

(1) *Presse Médicale*, 24 mai 1930, n° 42, p. 705.

(2) JEAN DUVAL. — *Thèse Paris*, 1928, p. 41 et p. 54.

(3) *Bul. et Mém. Société des Chirurg. de Paris*, 2 novembre 1928, t XX, n° 14, p. 726.

A Toulouse, M. Ducuing, écrit un article qui a pour titre : « Toute femme qui perd du sang après la ménopause a un cancer de l'utérus » (1). Il cite à l'appui de sa thèse 326 observations.

A Lyon, Tixier et Pollosson adoptent les mêmes idées et écrivent : « On a grand avantage à être très simples et en disant cancer du corps dans les cas de pertes sanguines continues, un peu gommeuses, on garde plus de 90 chances sur 100 de ne pas se tromper » (2).

Les opinions sont nettement établies et tous ces auteurs sont unanimes à reconnaître :

I. — La très grande fréquence des lésions malignes 90 %

II. — L'utilité de faire une hystérectomie dans les cas de métrorragies post-ménopausique.

III. — Ils admettent l'existence de lésions bénignes mais dans des proportions très faibles.

Cependant cette opinion qui tend à se généraliser, n'est pas universellement professée. Certains chirurgiens discutent le pourcentage et s'élèvent contre la sanction thérapeutique qu'il entraîne.

M. Muret, de Lausanne (3) va à l'encontre de ces théories et trouve que la proportion de cancer est nettement

---

(1) *Bul. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, octobre 1932, n° 8, p. 607.

(2) *Lyon Chirurgiat* : janvier février, 1931 t. XXVIII, n° 1 p. 97.

(3) *Gynécologie et obstétrique*, 1927, t. XV, n° 4, p. 241.

inférieure à 90 %. Il s'élève contre l'opinion de M. J. L. Faure et rapporte 312 observations d'hémorragies post-ménopausiques où il a trouvé 48 cancers soit 13,46 %. Il est vrai que M. Muret étudie dans ses observations tous les cas d'hémorragies génitales.

Cette diversité d'opinions est assez troublante, et l'on comprend mal une telle différence. Il semblerait que ce chiffre puisse être établi justement si dans tous les cas d'hystérectomie après la ménopause, l'examen histologique de la pièce opératoire avait été pratiqué.

Malheureusement dans beaucoup de travaux, les documents précis font défaut, aussi les chiffres donnés n'entraînent-ils pas toujours la conviction qu'imposerait une méthode thérapeutique basée sur des faits nombreux et complètement étudiés.

Ce modeste travail n'apporte à la question qu'un très faible tribut : 23 observations. Mais il s'agit de 23 observations recueillies dans le même service représentant sans aucune exception l'ensemble de notre expérience sur le sujet que nous avons délimité. De plus nous nous sommes entourés de toutes les précautions utiles, de façon à établir une statistique aussi juste que possible. Toutes les malades ont été très minutieusement examinées ; dans les cas où le toucher vaginal était difficile, l'examen était fait sous anesthésie générale. Dans presque tous les cas, le curettage a été pratiqué et les fragments suspects ont été envoyés au laboratoire.

Les malades ont été suivies et revues fréquemment. Voici les résultats que nous avons obtenus :

10 fois le curettage a permis de mettre en évidence des lésions bénignes. Aucune de ces malades n'a présenté dans la suite de lésion néoplasique. L'évolution clinique est donc venue confirmer le résultat de l'examen histologique et fournir sans contestation possible la bénignité de la lésion. Dans tous ces cas, le curettage a été un excellent moyen de diagnostic et de traitement.

13 fois nous avons constaté des lésions malignes. Dans tous les cas où le curettage a été possible les fragments prélevés ont été examinés et la réponse de l'histologiste a été épithélioma cylindrique. Quelquefois après l'hystérectomie un fragment de la pièce opératoire a été prélevé et envoyé au laboratoire, toutes les fois la réponse a été conforme avec celle du premier examen.

Nous avons donc observé :

10 cas bénins, 13 cas malins ;

Soit **56,5 %** de lésions cancéreuses.

Ce chiffre est bien différent de celui fourni par M. J.-L. Faure et par son élève J. Duval. Nous croyons avoir été utiles aux malades présentant des lésions bénignes en leur évitant une hystérectomie inutile ; sans doute l'utérus des femmes âgées a son rôle terminé, mais son ablation n'est pas sans danger. Nous conseillons dans les cas suspects de faire un curettage suivi d'examen histologique, notre but sera atteint si ces méthodes évitent de pratiquer des hystérectomies inutiles. Nous verrons qu'il n'existe aucun signe permettant d'établir le diagnostic de cancer endo-utérin et que seul le curettage peut fournir une réponse utile,

Ce chiffre de 56,5 % de lésions malignes est en apparence très différent de ceux fournis par MM. Ducuing et Muret.

Pour M. Ducuing la proportion de lésions malignes serait de 92 %.

Pour M. Muret elle serait de 13 %.

Si dans les statistiques de ces deux auteurs, nous n'examinons que les lésions intra-utérines, nous verrons que nous obtenons un chiffre qui n'est pas très différent de celui que nous citons.

M. Ducuing rapporte une statistique de 326 cas qui se dénombre de la façon suivante :

- 236 cancers du col ;
- 34 cancers du corps ;
- 3 cancers des ovaires ;
- 33 affections autres que des cancers.

Si nous ne considérons que les cas qui nous intéressent c'est-à-dire les lésions intra-utérines, nous avons :

- 34 cancers du corps ;
- 33 affections autres que des cancers.

Ces 33 affections se divisent en :

- 23 métrites du corps ;
- 9 fibromes ;
- 1 polype du col.

En suivant ces 33 malades nous voyons que :

2 diagnostiquées fibromes ont été opérées et il a été trouvé un cancer du corps (Migenin, opérateur) ;

1 a été opérée par Ducuing, le diagnostic était fibrome la malade présentait en réalité un cancer du corps ;

3 malades sont mortes de cancer de l'utérus, elles étaient considérées comme atteintes de métrite.

Ces 6 malades sont donc à rajouter à la liste des cancers. En éliminant le polype du col nous avons les chiffres suivants :

40 cancers du corps de l'utérus ;  
26 lésions autres que des cancers.

Nous pouvons donc établir la moyenne suivante : sur 66 cas de métrorragies d'origine endo-utérine il existe 40 cancers du corps soit : 60,6 %.

De même dans la statistique de Muret, si nous examinons seulement les hémorragies provenant du corps de l'utérus nous trouvons :

|                                                       |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| Cancers du corps.....                                 | 42        |
| Polypes et adénomes du corps.....                     | 16        |
| Endométrite purulente sénile avec ou sans pyométrie.. | 24        |
| Hématométrie.....                                     | 2         |
| Fibromes.....                                         | 17        |
|                                                       | <hr/> 101 |

Sur 101 cas observés, on trouve 42 cancers du corps soit 42,6 %.

Nous citerons encore la statistique fournie par M. J.-P. Tourneux s'étendant sur dix ans de 1920 à 1930. Il observe 68 cas d'hémorragies post-ménopausiques :

25 cancers du col ;  
28 cancers du corps ;  
15 métrites.

En éliminant les cancers cervicaux nous obtenons la

proportion suivante : 28 cancers du corps sur 43 cas observés soit : 65 %.

La conclusion de ce premier chapitre est que l'argument de fréquence invoqué par les interventionnistes systématiques, n'est pas assis sur des bases assez solides pour entraîner une sanction thérapeutique uniforme dans tous les cas de métrorragies post-ménopausiques.

---

## ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ENTRE CES DEUX VARIÉTÉS DE LÉSIONS

---

En pratique, on se trouve en présence d'une femme ménopausée depuis plusieurs années qui vient consulter parce que depuis quelques jours ou quelques semaines, elle présente des métrorragies.

Par un interrogatoire aussi minutieux qu'il est possible, on tâche d'obtenir tous les renseignements qui pourront permettre d'établir un diagnostic.

L'important est de savoir, s'il y a un cancer, ou s'il n'y en pas.

Si c'est du cancer, on doit absolument opérer, il faudra faire une hystérectomie totale dans les délais les plus rapides. Aucune considération ne doit entrer en ligne de compte et tout doit s'effacer devant la gravité de la lésion ; on vient de constater l'existence d'un cancer, il doit être enlevé le plus vite possible, sinon c'est l'évolution plus ou moins rapide vers la mort par propagation du cancer, métastases et cachexie.

Si au contraire l'examen ne montre pas d'une façon certaine un cancer, si la réponse de l'histologiste est douteuse dans ce cas, on peut discuter l'opportunité

d'une intervention, on doit revoir la malade, examiner sa résistance physique, prendre sa tension artérielle, faire un dosage d'urée, et ne se décider à l'opération que si l'état général est satisfaisant et peut faire les frais d'une opération grave.

On voit donc toute l'importance, qu'il y a d'établir un diagnostic de lésion bénigne ou de lésion maligne, en raison de la sanction thérapeutique qu'il entraîne.

Nous allons étudier sur quels éléments on peut se baser pour établir la nature de la lésion saignante.

#### A. — D'après les données étiologiques

##### a) L'âge.

Peut-il influencer le diagnostic ?

Nous allons étudier les cas que nous avons observés.

Nous pouvons les diviser de la façon suivante :

| <i>Cas bénins</i>  | <i>Cas malins</i>  |
|--------------------|--------------------|
| de 45 à 49 ans : 1 | de 45 à 49 ans : 0 |
| de 50 à 54 » : 1   | de 50 à 54 » : 2   |
| de 55 à 59 » : 2   | de 55 à 59 » : 4   |
| de 60 à 64 » : 4   | de 60 à 64 » : 2   |
| de 65 à 69 » : 1   | de 65 à 69 » : 3   |
| 70 et plus » : 1   | 70 et plus » : 2   |

On voit donc que d'après ces chiffres :

le cancer serait plus fréquent de 55 à 59 ans ;

les lésions bénignes plus fréquentes de 60 à 64 ans ;

mais on ne saurait attribuer une grande importance à ces constatations,

b) **Les grossesses.**

Elles semblent avoir une influence car d'après notre statistique, les lésions bénignes sont plus fréquentes chez les multipares. Sur les 10 malades observées 7 ont des enfants.

Les 4 malades âgées de 60 à 64 ans ont :

la 1<sup>re</sup> 60 ans : 5 enfants ;

la 2<sup>e</sup> 61 ans : 1 enfant, 2 fausse-couches ;

la 3<sup>e</sup> 62 ans : 2 enfants ;

la 4<sup>e</sup> 64 ans : 4 enfants, 2 fausse-couches.

Les lésions malignes, par contre, semblent se développer le plus souvent chez les femmes n'ayant pas d'enfants.

**B. — D'après les caractères de l'hémorragie**

Nous savons que pour certains auteurs, l'existence d'une métrorragie persistante après la ménopause, suffit pour faire porter le diagnostic de cancer du corps et de ce fait impose l'hystérectomie.

Nous allons étudier les aspects sous lesquels se manifeste cette hémorragie et voir si les caractères qu'elle présente suffisent pour établir un diagnostic certain.

Cette hémorragie peut être constituée de sang pur se traduisant :

Tantôt par un écoulement abondant se répétant quotidiennement pendant plusieurs semaines, sans entraîner aucun malaise, pas de fièvre, pas de douleur, pas de modification de l'état général ; il s'interrompt

parfois brusquement pour recommencer quelques jours après.

Tantôt par un écoulement très minime, véritable suintement à peu près ininterrompu présentant de temps à autre des recrudescences. Souvent il existe des pertes rosées, quelquefois brunâtres avec ou sans odeur.

Dans un certain nombre de cas, on trouve des pertes blanches purulentes souvent mélangées d'un peu de sang et volontiers fétides. Cet écoulement est souvent opiniâtre ne cédant à aucun traitement vaginal.

Tels sont les aspects sous lesquels se traduisent les métrorragies, peut-on d'après leurs caractères porter le diagnostic de lésions malignes ou de lésions bénignes ? nous ne le croyons pas.

Sans doute l'hémorragie du cancer se présente avec des signes particuliers ; c'est au début un léger suintement intermittent qui devient de plus en plus fréquent et presque ininterrompu ; survenant en pleine santé, sans malaise, sans douleur, parfois accompagné de petites pertes blanches se présentant sous les caractères d'un liquide clair rosé. Ces pertes sanguines sont schématiquement très différentes de celles dues aux lésions bénignes, dans ces cas en plus de l'hémorragie il existe un écoulement leucorrhéique purulent jaunâtre d'abondance variable. Pratiquement et c'est le cas pour les malades que nous avons observées, l'hémorragie des lésions bénignes est isolée, peu abondante, persistante, véritable suintement, présentant tous les caractères des hémorragies néoplasiques. Les caractères de l'hémorra-

gie ne sont donc pas suffisants pour établir le diagnostic de bénignité ou de malignité. Un exemple le montre nettement :

*Obs. V.* — Malade âgée de 71 ans, ménopausée à 53 ans, pas de pertes pendant 18 ans, depuis trois semaines petites hémorragies quotidiennes — ininterrompues. D'après l'âge de la malade, les caractères de l'hémorragie, le diagnostic de cancer était vraisemblable. On lui fait un curetage — l'examen histologique répond lésion bénigne —, depuis 4 ans la malade n'a plus perdu une goutte de sang.

### C. — D'après les signes physiques ?

Les renseignements fournis par les caractères de l'hémorragie, l'âge de la malade, ne sont pas suffisants pour établir le diagnostic de la lésion saignante. L'examen va-t-il permettre d'établir un diagnostic sûr ? Nous ne le croyons pas. Nous allons examiner les renseignements fournis par le toucher vaginal dans les cas de lésions malignes et nous verrons qu'ils ne sont pas suffisants pour établir d'une façon certaine un diagnostic.

En effet, dans les cas de cancer, l'exploration même la plus minutieuse ne révèle aucune modification importante de l'utérus.

Le col surtout conserve au doigt son apparence normale, le corps utérin est un peu augmenté de volume. A une phase plus avancée en pratiquant un nouvel examen le toucher vaginal montre un col normal, mais un corps utérin globuleux, présentant une consistance molle. Au

spéculum le col est normal, on voit souvent sourdre du sang par l'orifice cervical.

Les seuls signes trouvés sont donc :

UN UTÉRUS AUGMENTÉ DE VOLUME ;

UN SUINTEMENT SANGUIN PAR L'ORIFICE CERVICAL.

Ces symptômes permettent de reconnaître l'existence d'une lésion intra-utérine, mais pas d'établir sa nature.

De plus et c'est un point sur lequel nous voulons insister. Très souvent le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

Il faut en effet savoir que fréquemment chez les femmes âgées, le vagin est petit, atrésique, ne permettant pas ou permettant mal le déplissement des culs-de-sac ; de plus la paroi abdominale est souvent très épaisse et cette adiposité ne permet pas à la main abdominale de palper le fond utérin. Il est donc très difficile de percevoir le seul renseignement fourni par le toucher : le volume de l'utérus. On voit donc la pauvreté des renseignements fournis par l'examen et l'impossibilité d'établir un diagnostic certain. Pourquoi, devant l'absence de signes, toujours attribuer l'hémorragie à une cause unique : le cancer, et ne pas chercher à éliminer les cures bénignes telles que : le fibrome, la métrite ou le kyste de l'ovaire.

Lecène a montré que le développement d'une tumeur ovarienne ou d'un kyste de l'ovaire entraînait parfois des métrorragies et que notamment ce symptôme apparaissait chez les femmes âgées après la ménopause normale. L'hémorragie existait seule ou pouvait s'accompagner de pertes leucorrhéiques avec ou sans hydorrhée.

Dans les cas où la tumeur est de petit volume non perçue au toucher ; le diagnostic porté est celui de cancer de l'utérus :

Dans ce cas, comment peut-on établir un diagnostic exact puisque l'examen ne donne aucun renseignement utile ?

De même il est souvent impossible de différencier un cancer d'un fibrome par le simple toucher vaginal. Gold dans sa thèse cite le cas d'une femme ménopausée, ayant des métroragies : le toucher avait permis de déceler un gros utérus avec une bosselure, on pense à un cancer et à l'opération on constate l'existence d'un fibrome calcifié. La conclusion de ce paragraphe est qu'il est impossible d'établir un diagnostic exact, d'après les seuls renseignements trouvés à l'examen. Nous allons étudier quelles sont les procédés que l'on doit employer pour établir la nature de la lésion saignante.

#### **D) D'après l'exploration endo utérine ?**

Nous venons de voir que malgré les renseignements fournis par la malade, malgré l'étude approfondie des caractères présentés par l'hémorragie, malgré la mise en œuvre des procédés multiples qui permettent un examen direct aussi complet que possible, on en est réduit à des hypothèses. Dans ces cas, il nous semble qu'il y a le plus grand intérêt à obtenir le consentement de la malade à faire sous anesthésie générale un examen plus complet.

Cet examen consistera :

1) En un TOUCHER VAGINAL rendu plus facile et de ce fait plus utile pour apprécier l'état de l'utérus et des annexes.

2) En une HYSTÉROMÉTRIE qui permettra de repérer la direction de la cavité utérine et de mesurer sa longueur.

### Curettage

Nous insisterons longuement sur ce procédé, car il est à notre avis l'unique moyen de faire un diagnostic certain.

Ce n'est pas là une méthode nouvelle. Dès 1901, Tesson, élève de Edouard Quénu donnait à sa thèse la conclusion suivante :

« En présence des caractères vagues de la symptomatologie des hémorragies utérines, nous conseillons de faire chez toute femme perdant du sang au moment et surtout après la ménopause un curettage explorateur ».

En 1908, Morestin écrivait : (1)

« L'hémorragie pouvant être due à un fibrome calcifié ou même à une métrite, pourquoi se priver alors d'une exploration à la curette qui dans bien des cas fournirait des données positives et éviterait peut-être parfois une opération malgré tout sérieuse.

M. Chevassu, rapportant l'opinion de son maître Edouard Quénu, écrivait :

« Toute femme qui a des pertes sanglantes, ne fut-ce que quelques gouttes après la ménopause, doit être considérée

---

(1) MORESTIN, Société Anatomique, janvier 1908.

comme atteinte d'un cancer utérin. Dans son service toutes ces femmes sont immédiatement curettées et l'examen histologique est fait minutieusement. Pourquoi se priver volontairement d'un pareil élément de diagnostic ; n'y a-t-il danger, dans la lutte contre le cancer, à se lancer de plein gré dans des opérations vraiment excessives ».

Actuellement, beaucoup d'auteurs considèrent le curettage comme inutile et dangereux.

M. J.-L. Faure le condamne et dit :

Le curettage explorateur aujourd'hui recommandé comme nécessaire et accepté par le plus grand nombre des chirurgiens comme un article de foi, est en réalité plus nuisible qu'utile, et rend plus de mauvais services qu'il n'en rend de bons (1).

Cette opinion est celle de Tixier et Pollosson, qui non seulement condamnent le curettage mais toutes les manœuvres intra-utérines :

Hystérométrie, dilatation à la laminaire ou à la bougie, toucher intra-utérin, radiographie après examen au lipiodol, et l'examen histologique sur biopsie par ce fait seul qu'elles consistent en des manœuvres sur une matière cancéreuse (2).

M. Ducuing donne comme conclusion à un de ses articles : il résulte de ce que nous venons de voir que, sauf dans des cas très spéciaux, nous déconseillons le curettage explorateur chez les femmes qui ont des mé-

---

(1) *Presse Médicale*, 24 mai 1930, n° 42, p. 706.

(2) *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1931, t. XXVIII, n° 1, p. 52.

hémorragies après la ménopause franchement établie (1).

S'opposant à ces théories abstentionnistes de nombreux auteurs conseillent le curettage et nous partageons leur avis :

M. Muret formule ainsi son opinion :

Le curettage explorateur dont on a jadis abusé et dont on a ensuite un peu trop restreint les indications à une grande valeur thérapeutique, à la condition d'être bien fait et complet, il n'est d'ailleurs pas toujours facile. Il a aussi une grande importance pour le diagnostic et tout curettage devrait être suivi d'un examen histologique pratiqué par un histologiste compétent » (2).

M. Villard, de Lyon, écrit :

Le seul symptôme du néo-utérin est le suintement hémorragique ; mais on ne saurait pourtant sur ce seul signe se décider à une hystérectomie chez des femmes âgées souvent peu résistantes ; je ne consens à cette intervention qu'après avoir acquis par une exploration endo-utérine la certitude de l'existence d'un cancer du corps. Je ne partage pas l'opinion de J. L. Faure et P. Tissier qui condamne cette exploration comme dangereuse. Je ne crois pas qu'elle doive être faite par une main peu habituée aux manœuvres gynécologiques mais le chirurgien qui décidera de l'opportunité d'une hystérectomie devra faire cette exploration et ne pas risquer une intervention sérieuse sans avoir la certitude absolue qu'elle est justifiée (3).

---

(1) *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, octobre 1932, t. XXI, n° 8.

(2) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 10 mars 1930, t. LI, n° 3.

(3) *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1931, t. XXVIII, n° 4, p. 104.

M. Mériel adopte cette théorie (1).

C'est aussi notre opinion et dans tous les cas de métrorragies après la ménopause lorsque l'examen ne fournissait aucun renseignement utile, nous avons fait un curettage toutes les fois où il a été possible. Sur 23 malades nous avons fait 18 curettages, nous n'avons jamais constaté d'incidents graves et chaque fois l'examen histologique a donné une réponse exacte.

#### I. — Avantages.

Nous considérons le curettage comme le seul procédé d'examen pouvant donner une réponse juste et établir d'une façon certaine la nature de la lésion saignante, mais pour que cet examen puisse être utile, trois conditions indispensables doivent être réalisées :

**Il faut une anesthésie générale.**

**Il faut une dilatation suffisante.**

**Il faut que le curettage soit complet, méthodique.**

I. — Il faut une *anesthésie générale* si l'on veut exécuter correctement le curettage, l'opération n'est pas très douloureuse, mais sans narcose elle est toujours hâtive, insuffisante, irrégulière.

II. — Il faut une *dilatation suffisante* si l'on veut exécuter méthodiquement et correctement un curettage. Nous faisons une dilatation extemporanée lente, progressive, avec les bougies d'Hégar ; nous allons jusqu'au n° 11 ; généralement après avoir passé le n° 9 la dilatation est suffisante.

---

(1) *Toulouse Médica*!, 1<sup>er</sup> octobre 1931, n° 19, p. 692.

III. — Il faut que le *curettage* soit complet, méthodique. La curette étant introduite dans la cavité utérine, on doit explorer successivement :

La face antérieure. La face latérale droite. La face postérieure. La face latérale gauche. Les cornes.

Quand on a l'habitude de pratiquer des curettages il est très rare que l'on passe à côté de la lésion. Théoriquement on peut objecter que des cancers très petits situés dans les cornes peuvent passer inaperçus ; pratiquement l'expérience prouve que l'on ne passe pas à côté.

1° La SENSATION que l'on obtient permet de diriger le curettage et de situer la région suspecte.

2° Sur le champ recouvrant l'abdomen nous mettons des compresses sur lesquelles nous disposons le contenu de la curette. Avec une certaine habitude, on peut le plus souvent faire le diagnostic de lésions malignes ou de lésions bénignes par le simple aspect macroscopique des produits de raclage :

α) Si c'est du sang il est absorbé par la compresse ;

β) Si c'est de la muqueuse enflammée comme dans les cas de métrite, le morceau s'aplatit et devient lamelleux ;

γ) Si c'est du cancer, le morceau reste gros et épais formant une masse blanchâtre caractéristique.

Si dès le début, la curette ramène des fragments très suspects de cancer ; il est inutile de persévérer par crainte d'entraîner une perforation. Dans les cas contraires ou la muqueuse paraît saine, il faut continuer jusqu'au bout le curettage.

On doit s'attacher à réunir les fragments en évitant soigneusement de les tirailler ou de les comprimer.

### 3° EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Les fragments de muqueuse utérine après avoir été mis dans le liquide de Bouin sont portés au laboratoire où doit se décider le sort de la malade. C'est de l'examen histologique que dépend la conduite du chirurgien ; c'est dire toute son importance et l'utilité à ce que cet examen soit fait par un histologiste compétent.

L'examen histologique est difficile parce qu'il porte sur des produits de raclage de la muqueuse utérine. L'histologiste doit tenir compte, non seulement des modifications cytologiques des cellules cylindriques des glandes, de celles du stroma et de la nature des éléments nouvellement arrivés (leucocytes, lymphocytes et surtout plasmocytes), mais également de l'agencement réciproque de ces éléments. D'ailleurs l'ensemble de l'aspect histologique d'une lésion est susceptible de donner beaucoup plus de renseignements utiles à l'histologiste que l'examen cytologique de ces éléments constitutifs ; et c'est ce fait qui explique les difficultés en face desquelles se trouve l'histo-pathologiste pour établir son diagnostic. En effet, jamais il n'a devant les yeux, l'ensemble du champ où se déroule le processus pathologique. Ce qui est soumis à son examen n'est représenté que par des fragments de muqueuse utérine souvent menus, sans aucune indication de leur provenance (corps ou col), sans aucune orientation. De plus et surtout, il y manque toujours les rapports réciproques entre les élé-

ments constitutifs de la muqueuse et ceux du muscle utérin, qui à eux seuls permettent bien souvent d'établir le diagnostic. Si en effet, la modification cytologique des cellules glandulaires ; en particulier leurs affinités tinctoriales, l'aspect de leurs noyaux et surtout leur activité cynétique peuvent donner des indications très utiles, il n'en reste pas moins que ces signes n'ont rien de spécifique et qu'ils peuvent tout aussi bien s'observer dans les cas de lésions bénignes, comme dans les cas de lésions malignes.

Il est bien préférable de se baser, en quelque sorte, sur le travail accompli par les cellules (hyperplasie des glandes) plutôt que sur leur aspect microscopique.

D'ailleurs dans le diagnostic histo-pathologique des métrites, les opinions sont, malgré les innombrables travaux sur ce sujet, encore très divergentes.

Certains auteurs avec Hitschmann et toute l'école viennoise en tête, nient la valeur diagnostique des modifications glandulaires les attribuant, non sans une certaine raison, aux modifications que subit la muqueuse utérine au cours de la période menstruelle. Si les auteurs allemands vont à coup sûr trop loin dans leurs affirmations il n'en reste pas moins vrai qu'aujourd'hui encore les cliniciens qui tiennent un compte exact de l'époque où l'examen histologique a lieu, sont exceptionnels, et que, à l'heure actuelle, la confusion qui règne en matière de métrites trouve ici son explication.

De l'autre côté se trouvent ceux pour qui les modifications du tissu interstitiel seul, seraient susceptibles de

permettre un diagnostic exact. Pour l'Ecole Allemande la présence de plasmocytes aurait une valeur pathognomonique.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la valeur des symptômes histologiques préconisés par les différents auteurs, nous croyons pouvoir affirmer qu'ici encore il y a lieu de tenir compte de l'ensemble des signes et non point d'attribuer une valeur excessive à l'un quelconque d'entre eux, aussi éclatant qu'il soit par rapport aux autres.

Sans nous étendre davantage sur la difficulté du diagnostic histologique, nous rappellerons brièvement les principales lésions susceptibles de prêter à confusion :

1° Ce sont d'abord, les modifications histologiques que subit la muqueuse utérine au cours de la période menstruelle. Bien que ce point ne soit pas en rapport direct avec le sujet que nous traitons, nous croyons utile de le signaler, étant donné que l'on trouve ici l'explication du plus grand nombre des erreurs commises ;

2° Les pseudo-métrites qui se caractérisent cliniquement par des douleurs, des métrorragies et des troubles utérins divers. Les lésions de nature adénomateuse qu'on y observe n'ont rien de commun avec les lésions de métrite, et leur signification est encore obscure ;

3° Certaines tumeurs bénignes de l'utérus, myomes et fibromes, où la muqueuse congestionnée et œdématiée peut atteindre une épaisseur considérable et dont les éléments glandulaires hypertrophiés peuvent facilement prêter à confusion,

Mais il n'y a pas que les modifications physiologiques ou inflammatoires, que nous venons d'examiner qui peuvent rendre le diagnostic histologique délicat, il y a lieu en effet de tenir compte aussi de certains processus de néoplasies bénins.

C'est tout d'abord :

α) L'adénome circonscrit, qui peut se présenter sous forme d'un polype glandulaire, isolé ou multiple (métrite villeuse) ou d'un adénome kystique du col ;

β) L'adénome diffus — rare en vérité — se caractérisant par l'augmentation parfois considérable de l'utérus (volume d'une tête d'enfant) avec une muqueuse épaissie, ecchymotique, à surface irrégulière ; histologiquement il s'agit d'une métrite hypertrophique.

Comme classification des métrites, nous suivrons celle adoptée par Forgues et Massabuau qui distinguent, à côté des métrites du col, la métrite totale subdivisée suivant que les lésions portent sur l'un des deux éléments constitutifs de la muqueuse, le chorion ou les glandes en :

1<sup>o</sup> MÉTRITE INTERSTITIELLE caractérisée par un aspect plus ou moins jeune des éléments constitutifs du tissu interstitiel avec, parmi eux des poly, mono ou plasmo-cytes au nombre et à dispositions variables, avec dilatation des vaisseaux et des altérations insignifiantes des glandes ;

2<sup>o</sup> MÉTRITE GLANDULAIRE, que l'on peut subdiviser elle-même en :

α) *Métrite hyperplasique*, dans les cas où l'on se

trouve en présence d'un simple allongement et dilatation des glandes ;

β) *Métrite hyperplastique* dans les cas où il existe une prolifération des cellules constitutives des glandes avec, consécutivement, une augmentation du nombre de celles-ci.

Lorsque l'on envoie à l'histologiste des fragments prélevés par curettage, il est, à notre avis, indispensable d'indiquer :

- a) l'âge de la malade ;
- b) si elle a eu des grossesses ;
- c) la date de la ménopause.

En pratique, les résultats fournis par l'histologiste sont de trois ordres :

1° Ou bien la réponse est : Epithélioma cylindrique et dans ce cas, il n'y a pas de discussion possible, il faut faire une hystérectomie ;

2° Ou bien la réponse est catégoriquement lésion bénigne, dans ce cas il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale ;

3° Ou bien la réponse est douteuse, et dans ce cas, les chirurgiens suivront leur tendance personnelle, feront une hystérectomie ou s'abstiendront ;

S'il y a doute, mon maître, M. Jean Quénu, a actuellement tendance à ne pas intervenir immédiatement. En effet dans les cas hésitants, si l'examen ne montre pas une lésion nettement bénigne, on conçoit l'embarras de l'histologiste, qui se trouve devant un véritable cas de

conscience et redoute plus le conseil d'abstention que le conseil d'intervention, parce qu'il considère le premier comme plus lourd encore pour sa propre responsabilité.

Quand un chirurgien a l'habitude de travailler avec un histologiste, il sait interpréter ses réponses et suivant les renseignements fournis par l'examen clinique, il fera une hystérectomie ou bien il s'abstiendra.

Dans le doute, nous croyons que l'on est autorisé à s'abstenir à *une condition*, c'est d'obtenir de la malade l'engagement formel de visites régulières tous les 2 ou 3 mois pendant au moins un an après le curetage.

En effet, la clinique ne perd jamais ses droits; la persistance et la répétition des métrorragies après un curetage ayant donné une réponse douteuse, doit faire pencher la décision en faveur d'une lésion maligne et d'une hystérectomie.

## II. — Critiques du curetage.

Nous venons de voir quels sont les avantages du curetage, pour que certains auteurs le condamnent avec autant d'énergie, quelles sont les critiques qui lui sont faites :

On lui reproche :

- A) D'être un moyen d'examen dangereux ;
- B) D'être un moyen d'examen infidèle ;
- C) De nécessiter deux actes opératoires.

### A. — Dangers.

Le curetage serait un moyen d'examen dangereux parce que l'on aurait observé à la suite ;

- α) des perforations ;
- β) des localisations secondaires au vagin ;
- γ) des infections péri-utérines ;
- α) *Des perforations.*

Dans tous les curettages que nous avons pratiqués nous n'avons jamais observé de perforation. D'ailleurs, en relevant dans la littérature médicale les cas de perforations, on constate qu'ils ne sont pas fréquents :

un cas cité par Tixier, rapporté dans la thèse de Hervé (Lyon) ;

un cas cité par Bardon et Matey Cornot (Société de gynécologie et obstétrique, Bordeaux, 1923) ;

un cas cité par Pauchet 1928 (Société Chirurgiens Paris) ;

un cas cité par Lefevre (Bulletin de la Société de Chirurgie de Toulouse, octobre 1931).

Dans aucun des quatre cas, il n'y a eu d'accidents immédiats.

Tixier a opéré 6 mois après la perforation et il a remarqué la propagation de la néoplasie à l'intestin et à l'épiploon.

Il accuse la perforation, il est difficile de l'affirmer. Cette propagation n'a-t-elle pas pu se produire à partir des lésions utérines elles-mêmes, qui dans ce cas étaient très superficielles.

Bardon fit une hystérectomie vaginale 4 jours après le curettage perforateur, qu'il put mener à bien, la perforation nette siégeait au niveau d'une corne utérine ; dans la cavité péritonéale à peine une cuillerée de sérosité, paroi utérine partout infiltrée.

Pauchet cite une perforation avec guérison spontanée.

Un an après, pertes, douleurs ; à l'opération masse bourgeonnante qui englobait une anse d'intestin grêle. Hystérectomie plus entérostomie. Guérison opératoire. Six mois après la malade présente une métastase dans le grand épiploon.

Lefevre rapporte le cas d'une perforation utérine avec issue d'épiploon à travers la cavité utérine. Guérison spontanée.

Il est bien évident que si au cours d'un curettage, on vient à perforer l'utérus suspect de cancer, la seule conduite à tenir est l'hystérectomie immédiate et l'on peut s'étonner que cette conduite n'ait pas été observée dans les observations ci-dessus rapportées. En effet dans les cas de ce genre, il n'y a pas un, mais deux dangers :

1° Le danger de péritonite septique ;

2° Le danger de dissémination du cancer à travers la coque utérine.

β) *Les localisations secondaires du vagin.*

M. J. Duval dans sa thèse (1) cite les noms de :

Tesson qui en 1901 en rapporte 4 cas sur 31 cas de cancers du corps ;

Mikailovitch en a observé 3 cas ;

Reeb et Berger en ont observé 2 cas.

Ces derniers auteurs considèrent généralement ces métastases vaginales comme des greffes par inoculation directe des cellules néoplasiques venues du cancer pri-

---

(1) DUVAL. — *Thèse Paris*, 1928, p. 30.

mitif ; elles seraient souvent secondaires à l'hystérectomie vaginale ou au curettage explorateur.

Dans l'observation qu'ils rapportent Reeb et Berger (1) incriminent le curettage ; en effet :

La malade avait subi plusieurs curettages explorateurs qui n'avaient jamais permis de mettre en évidence un cancer de la cavité utérine. Une application de radium avait abouti à l'oblitération complète du col. Trois ans après la malade présentait un cancer du corps qui avait évolué en vase clos, des nodules vaginaux de même structure histologique étaient apparus malgré la stérose du col obtenue depuis plusieurs années. L'inoculation vaginale semble contemporaine des multiples curettages utérins.

Dans les cas que nous avons groupés, nous avons observé deux cancérisations vaginales, survenues chez des malades hystérectomisées après avoir été curettées, mais dans ces 2 cas, le curettage ne saurait être incriminé. En effet :

Obs. XIII. — La malade est opérée le 2 décembre 1926. Hystérectomie totale. On a l'impression de rester très nettement en de ça des limites du mal. Le 27 janvier 1927 la malade meurt après une cachexie progressive. Un gros bourgeon cancéreux a envahi la cavité vaginale et sort par la vulve. Dans ce cas il ne s'agit pas de métastase, mais d'une propagation d'un cancer opéré trop tard.

Obs. XV. — La malade présente deux ans après une hystérectomie subtotale, un cancer du fond du vagin,

---

(1) *Société de Gyn. et Obst. Strasbourg*, 1925.

l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma malpighien ; comme il n'y a pas une même structure histologique entre les 2 cancers, on peut éliminer l'existence d'une métastase. On se trouve en présence d'une néoplasie nouvelle.

Dans notre série de 13 cas de cancers du corps, nous n'avons observé qu'un cas de métastase ; c'est une métastase cranienne chez une malade hystérectomisée par un autre chirurgien et arrivée chez nous avec un cancer entra-cervical du col restant (obs XVIII).

On accuse le curettage d'être la cause de métastases, il serait intéressant de voir si les femmes curettées font plus de métastases que celles qui ne le sont pas.

Nous allons citer un exemple mettant en évidence l'inocuité du curettage, et montrant, que, dans ce cas au moins, il n'a pas accéléré la marche des lésions.

Obs. XIII. — La malade a été curettée en 1925, et bien que la réponse du laboratoire fut : Epithélioma cylindrique (Verliac et Gasne), elle a refusé l'hystérectomie. Elle a été opérée d'urgence en juillet 1932 pour un syndrome d'occlusion intestinale. M. Huard trouva une péritonite avec une perforation utérine. Il ne fit pas l'hystérectomie et mit un Mickulicz, la malade guérit. Voici une observation où 7 ans après le curettage la malade n'avait présenté aucune métastase cliniquement appréciable. Le curettage n'a donc pas accéléré la marche du cancer.

#### γ) *Des infections péri-utérines*

Nous n'avons jamais observé de poussées inflammatoires pelviennes à la suite des curettages.

## B. — INFIDÉLITÉ.

Le curettage serait un moyen d'examen infidèle !

Brocq et Chabrut disent « Ou bien : la curette passe à côté d'un cancer caché dans une corne, ou au fond de l'utérus, elle ne ramène que des débris de muqueuse plus ou moins saine ou des débris de polypes muqueux.

Ou bien la curette en intéressant la lésion cancéreuse n'en a cependant détaché que des débris insuffisants, en bouillie, qui se prêtent difficilement à un examen histologique correct » (1).

Théoriquement ces auteurs ont raison, pratiquement, l'expérience montre que l'on ne passe pas à côté d'un cancer quand l'utérus n'est pas fibromateux.

Nous ne méconnaissons pas la difficulté très grande que l'on peut rencontrer parfois à faire un curettage, mais nous croyons que lorsqu'il existe : une anesthésie générale, une dilatation suffisante, la curette arrive à explorer correctement la cavité utérine.

Toutes les fois où l'examen complet, méthodique, est impossible, par crainte de laisser passer une lésion maligne, on fera une hystérectomie.

Si on soupçonne un utérus fibromateux, il y a le plus grand intérêt à faire précéder le curettage d'un examen au lipiodol ; ce liquide opaque en s'insinuant derrière les bosselures fibreuses, vient montrer le siège de la région suspecte et guider la curette.

Il est cependant un cas où le curettage ne saurait in-

---

... (1) *La Médecine*, avril 1930, n° 5, p. 286.

diquer la présence d'une lésion maligne, c'est celui où les hémorragies sont dues à une tumeur maligne des ovaires. En effet le curettage, dans ce cas, ne donne qu'un renseignement très banal, montrant une hyperplasie de la muqueuse utérine. Cette erreur de diagnostic peut être commise, mais elle est très rare, car les tumeurs ovariennes ne donnent des hémorragies qu'une fois sur quatre (ainsi que le montre une statistique faite dans le service de M. le Pr Hartmann) et de plus les tumeurs malignes se rencontrent 1 fois sur 10. On voit donc qu'il y a un minimum de chances de trouver une tumeur maligne des ovaires donnant des hémorragies et n'étant pas perceptible à l'examen.

Néanmoins il est bon de connaître cette possibilité et de rechercher avec le plus grand soin les signes de ces tumeurs : nodosités dans le Douglas, présence d'un peu d'ascite.

#### C. — NÉCESSITÉ DE DEUX ACTES OPÉRATOIRES.

Les seuls reproches que l'on puisse faire au curettage sont :

α) La difficulté quelquefois très grande de le pratiquer, car souvent chez les femmes âgées la découverte de l'orifice cervical est rendue difficile en raison de l'atréisie du vagin, de l'existence de brides ou de l'oblitération des culs-de-sac.

β) La nécessité de deux actes opératoires, lorsque l'examen histologique montre une lésion maligne.

En effet, écrit M. Muret : « Dans tous les cas les malades acceptent facilement le curettage, et si le résultat

démontre l'existence d'un cancer, les malades acceptent plus volontiers l'intervention. Il faut en effet compter avec le psychisme des malades et ne pas conseiller d'emblée une hystérectomie sans avoir réuni tous les symptômes et tous les examens qui permettent d'établir un diagnostic sûr ».

Notre opinion est un peu différente. Sans doute, quand on expose aux malades la nécessité d'un curettage, toutes acceptent facilement; mais une fois rentrées à l'hôpital ou à la clinique, ces mêmes malades espèrent toujours que le curettage montrera une lésion bénigne et sera la seule intervention qu'elles auront à subir. Quand, quelques jours après, la réponse du laboratoire commande une nouvelle opération; les malades, bien qu'elles soient prévenues, bien qu'elles sachent l'utilité de cette intervention, ne l'acceptent pas toujours facilement, surtout si elles gardent un mauvais souvenir de leur anesthésie. Il faut à nouveau les convaincre et leur montrer la gravité de leur état et la nécessité d'une nouvelle opération; malgré toute la persuasion que l'on peut employer, il est des malades qui la refusent (obs. XII) ou qui par négligence quittent l'hôpital et ne reviennent pas ou tardent à revenir.

L'obligation de donner une nouvelle anesthésie, avec les risques très minimes d'ailleurs qu'elle comporte, est sûrement un reproche que l'on peut faire au curettage; mais nous ne croyons pas qu'il puisse être mis en parallèle avec ses nombreux avantages.

#### 4) Lipiodol.

Il y a quelquefois intérêt à faire précéder le curettage d'une hystéroggraphie. Ce procédé consiste à remplir l'utérus de lipiodol, et à prendre des radiographies pour examiner la forme de la cavité utérine. Ces examens sont pratiqués à Bon Secours par M. le Dr Claude Béclère qui a une très grande habitude de cette technique.

Dans les cas normaux les contours de la cavité utérine sont nets, lisses, réguliers comme tracés au compas.

Dans les cas où il existe une lésion de la muqueuse, elle est indiquée ; et il est étonnant de voir combien la plus petite irrégularité de la muqueuse modifie l'ombre du contour utérin.

Pour M. Claude Béclère, l'hystéroggraphie permet ainsi de classer les hémorragies mono-symptomatiques en deux catégories :

1°. Celle où l'image radiologique est normale. (montrant ainsi qu'il n'existe aucune lésion grave de la muqueuse ;

2°. — Celle avec une image utérine anormale, montrant une zone lacunaire ou déchiquetée avec un certain contour irrégulier. Elle indique dans ce cas :

1) L'existence d'une lésion intra-utérine ;

2) Le siège exact de la lésion.

L'hystéroggraphie à elle seule ne peut pas indiquer la bénignité ou la malignité de la lésion comme le pensait M. Mocquot. Claude Béclère et Keller (1) disent : « Qu'on

---

(1) Le diagnostic du cancer de l'utérus. La valeur de l'infection de lipiodol (*Bul. Soc. Obst.* Paris, 1930, n° 6, p. 445-447).

ne peut pas affirmer avec certitude le caractère malin d'une lésion sur son seul aspect radiologique ; une confirmation histologique est indispensable ». Keller rappelle le cas de Tesauro (1) : « Un adénome polypoïde kystique qui a été pris pour un cancer du corps de l'utérus d'après l'image radiologique ». De semblables erreurs de diagnostic sont rapportées par Dor (2) et Rouffart (3).

Donc l'examen au lipiodol donne quelques renseignements utiles sans permettre à lui seul un diagnostic définitif.

L'image lacunaire considérée comme caractéristique peut-être simulée par la présence de caillots sanguins intra-utérins.

L'hystérogaphie permet surtout de localiser dans la cavité utérine l'endroit suspect ou la biopsie devra être faite.

Cette injection au lipiodol est surtout utile quand il existe un utérus fibromateux. Dans ce cas la curette ne pouvant pas contourner les saillies du fibrome, peut ne pas atteindre la région cancéreuse ; le lipiodol en s'insinuant sans traumatisme à travers les noyaux fibreux, révèle la lésion suspecte.

L'hystérogaphie est donc un procédé très utile ; présente-t-il des dangers ?

---

(1) A propos d'une erreur de diagnostic avec le lipiodol (*Gynécologie*, octobre 1928, t. XXVII, p. 598-604).

(2) Tumeur du corps de l'utérus. Radiodiagnostic lipiodiolé (*Bul. Soc. d'Obs. et de Gyn.*, mai 1930, p. 340-341).

(3) A propos de l'examen intra-utérin au lipiodol. (*Société Belge de Gyn. et Obst.*, 6 décembre 1930).

Temesvary craint que dans les injections de lipiodol, les cellules malignes ne soient transportées plus loin et qu'éventuellement il ne se forme de nouveaux foyers tumoraux.

C'est aussi l'opinion de Kermauner et de Douay (1). Ce dernier auteur écrit : « L'examen dans le cancer du corps n'est pas sans danger : l'huile iodée peut chasser devant elle des liquides qui baignent les bourgeons néoplasiques et les faire refluer dans les trompes ».

Ces objections sont surtout théoriques, car chez les malades ayant dépassé la ménopause, les trompes, sont le plus souvent obturées. Dans la statistique de M. Claude Bécère, dans 75 % des cas, il existait une obturation tubaire bi-latérale et jamais il n'a été observé d'inconvénient.

Nous estimons que l'hystérographie est un procédé d'examen utile et qu'il doit surtout être employé dans les cas d'utérus fibromateux.

Il est enfin une méthode d'exploration intra-utérine qui n'a pas encore fait ses preuves, nous voulons parler de l'hystéroscopie préconisée par Rubens J. C. et par Seymour H. F. ; on doit attendre l'avenir avant de porter son jugement sur cette nouvelle technique.

---

(1) Examen du lipiodol dans le cancer du corps de l'utérus (*Bul. Soc. Obst.* Paris 8 juillet, 1929, n° 7, p. 447 à 452).

## RÉSULTATS OBTENUS

---

En étudiant les observations que nous avons recueillies, nous constatons les résultats suivants :

Sur 23 malades nous avons trouvé :

A) 10 cas bénins ;

B) 13 cas malins.

A) Sur les 10 cas bénins :

a) L'âge des malades se répartit de la façon suivante :

45 à 49 : 1

50 à 54 : 1

55 à 59 : 2

60 à 64 : 4

65 à 69 : 1

70 et au-dessus : 1

b) Sur les malades :

9 fois le curettage a été pratiqué sans incident ;

1 fois le curettage complet méthodique a été impossible.

Obs. VIII. — Par crainte de laisser passer une lésion grave la malade fut opérée 15 jours après cette tentative de curettage. On trouva un kyste de l'ovaire. On fit une hystérectomie sub-totale, aussitôt après on ouvrit l'utérus pour s'assurer qu'il n'existait pas de cancer extra-utérin.

Sur les 9 curettages pratiqués :

4 fois, les produits de raclage furent renvoyés au laboratoire qui répondit : lésions bénignes ;

5 fois, on fit le diagnostic de bénignité sur l'aspect seul des fragments retirés. C'est un point important sur lequel nous avons insisté, la possibilité de faire le diagnostic de la lésion d'après l'examen macroscopique.

Dans les cas de métrite : le fragment retiré s'aplatit devient lamelleux.

Dans les cas de cancer : le fragment reste gros, épais, formant une masse blanchâtre caractéristique.

Sur les 9 malades curettées :

7 sont restées définitivement guéries et n'ont jamais présenté de pertes sanguines ; elles ont été opérées :

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| Obs. I,   | il y a 8 ans et demi |
| Obs. III, | » 5 ans et demi      |
| Obs. IV,  | » 4 ans              |
| Obs. V,   | » 4 ans              |
| Obs. VII, | » 3 ans              |
| Obs. IX,  | » 2 ans et demi      |
| Obs. X,   | » 2 ans              |

Dans tous ces cas et d'une façon indiscutable, l'évolution est venue confirmer la bénignité de la lésion.

2 sont décédées :

Obs. II. — Mme P... était une malade de 64 ans, hypertendue, envoyée par son médecin pour métrorragies datant de 4 mois ; ces hémorragies avaient été très améliorées par le traitement médical, mais devant leur

persistance le médecin conseille à la malade d'aller voir un chirurgien ; elle est curettée le 28 novembre 1928, pendant un an elle ne présente aucune hémorragie. Examinée en novembre 1929 on ne trouve rien à l'examen génital. En novembre 1930, la malade présente à nouveau de petites métrorragies. Décès le 10 février 1930 de coma urémique ainsi que l'atteste un mot de son médecin le Dr Goidin.

Dans ce cas les hémorragies utérines semblent secondaires à une hypertension artérielle.

Obs. VI. — Mme B..., âgée de 57 ans, ménopausée à 40 ans, présente des pertes blanches avec de petites hémorragies. M. Bécclère fait un examen au lipiodol qui montre une cavité utérine normale.

Le curettage ne révèle aucune lésion maligne.

Pendant 3 ans aucune perte sanguine, en octobre 1932 nous avons appris la mort de la malade, il nous a été impossible de connaître la cause de ce décès.

B) Sur les 13 cas malins.

a) L'âge des malades se répartit de la façon suivante :

50 à 54 : 2

55 à 59 : 4

60 à 64 : 2

65 à 69 : 3

70 et au-dessus : 2

b) Sur les 13 malades :

9 fois le curettage a été pratiqué sans aucun incident.

1 fois le curettage complet, méthodique, n'a pas été possible (obs. XXI).

3 fois le curettage n'a pas été fait (obs. XIX, XX, XXII).

Dans les 9 cas où le curettage a été pratiqué, les fragments retirés ont été envoyés au laboratoire, et dans tous les cas la réponse a été très nettement : lésion maligne.

Quand l'opération a été faite sans curettage préalable, la pièce opératoire a été examinée et des fragments ont été renvoyés au laboratoire.

**Quels sont les traitements qui ont été employés ?**

6 fois hystérectomie totale (XI, XII, XVI, XIX, XXI, XXII).

2 fois hystérectomie sub-totale (XV, XVIII).

2 fois laparotomie exploratrice (XIV, XX).

2 fois les malades n'ont pas été opérées à l'hôpital (XIII, XXIII).

1 fois extirpation du col chez une femme opérée d'une sub-totale un an avant.

Sur les 13 opérées nous avons constaté :

1<sup>o</sup> Mortalité opératoire : 2 malades.

Obs. XII. — Décédée 40 jours après l'opération, cachexie progressive, un gros noyau cancéreux ayant envahi tout le vagin et faisant issue par la vulve.

Obs. XX. — Décédée 50 jours après l'opération.

2<sup>o</sup> Résultats éloignés.

4 décès :

Obs. XIV, 11 mois après l'opération

Obs. XVII, 2 ans           »           »

Obs. XV, 4 ans           »           »

Obs. XIX, nous ignorons la date

6 guérisons datant de :

Obs. XI, 8 ans  
Obs. XVI, 5 ans  
Obs. XVIII, 5 ans  
Obs. XXI, 4 ans  
Obs. XXII, 2 ans  
Obs. XXIII, 18 mois

Une malade (obs. XIII) bien que le curettage ait montré l'existence d'un cancer, a toujours refusé de se laisser opérer.

Quelles ont été les causes des décès ?

Obs. XIV : L'utérus étant trop adhérent, recouvert de bourgeons néoplasiques, on fait une laparotomie exploratrice (Janvier 1927). Cachexie progressive, hémorragie. Décès en décembre 1927.

Obs. XV : Malade opérée d'hystérectomie sub-totale en mai 1927, présente un nouveau cancer du fond du vagin (épithélioma Malpighien). Décès en août 1931.

Obs. XVII : Malade opérée d'hystérectomie sub-totale en 1927 (Argenteuil). Extirpation du col pour épithélioma cylindrique en janvier 1928. Métastase crânienne en mai 1929. Décès en novembre 1929.

Obs. XIV : Nous ignorons la cause du décès.

**Quel traitement doit-on employer ?**

Dans tous les cas où elle est possible, on doit faire une hystérectomie totale.

Si la femme est grasse, le pelvis rempli d'adhérences, l'utérus montant mal, on fera une sub-totale, mais aussitôt que l'utérus aura été enlevé on l'ouvrira pour voir

le siège du cancer et s'assurer qu'il ne descend pas plus bas que l'isthme. La sub-totale ne vit que des contre-indications de l'hystérectomie totale.

**La conclusion de ce chapitre est que :**

Sur les 23 malades observées :

a) 20 fois le curettage a été pratiqué :

18 fois il a été possible ;

2 fois il a été impossible d'examiner d'une façon méthodique toute la cavité utérine et dans ces cas l'hystérectomie a été faite.

b) 3 fois l'opération a été décidée sans avoir pratiqué de curettage parce que :

Obs. XIX, il existait un volumineux fibrome ;

Obs. XX, il existait un très gros utérus ;

Obs. XXII, il existait un kyste de l'ovaire.

En effet notre pensée n'est pas de préconiser *le curettage systématique* ; on peut très bien admettre que, dans telles circonstances, la clinique apporte des éléments de probabilité telle que l'on puisse volontairement se priver des renseignements que pourrait fournir un curettage.

Nous préconisons le curettage pour la plupart des cas, comme un moyen d'exploration utile ; ce contre quoi nous nous élevons, c'est contre la prohibition du curettage explorateur professée par certains chirurgiens.

Dans les cas où le laboratoire répond lésion bénigne, le curettage est un excellent moyen de traitement.

Dans les cas de lésions malignes, on doit faire une hystérectomie totale.

## OBSERVATIONS

---

|    |   |             |
|----|---|-------------|
| 23 | { | 10 BÉNIGNES |
|    | } | 13 MALIGNES |

## LÉSIONS BÉNIGNES (1)

---

### Obs. I. — *Curettage. Guérison.*

N° 599. Mme R..., 53 ans.

Vient à l'hôpital le 20 octobre 1925 pour métrorragies.

Entrée le 22 octobre 1925.

Réglée à 11 ans.

6 enfants (accouchements normaux).

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 50 ans.

Depuis trois mois : métrorragies peu abondantes apparaissant tous les 15 jours, durant 1 journée.

T. A. : 15-8 1/2 (Pachon). T. S. = 2'. T. C. = 8'.

Opérée le 23 octobre 1925 { D<sup>r</sup> J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Dilatation extemporanée. Curettage.

Prélèvement de fragments de muqueuse.

Histologie : Métrite hémorragique (MILKOVITCH).

Sortie le 29 octobre 1925.

Nouvelles règles le 28 juin 1933. N'a pas perdu une goutte de sang depuis son curettage.

Pas de douleur. Excellent état général.

### Obs. II. — *Curettage. Décès 2 ans 1/2 après de coma urémique.*

N° 2982. Mad. P..., 64 ans.

Malade envoyée par son médecin le D<sup>r</sup> Goidin le 13 novembre 1928 avec la lettre suivante :

« Je vous adresse Mad. P., 64 ans. Hypertendue, qui de-

---

(1) Les observations sont classées en suivant les dates auxquelles les malades sont venues consulter.

puis juillet présente de petites métrorragies. La muqueuse cervicale est lisse et paraît normale. Le traitement médical semble avoir amélioré son état, mais il y eu a quelques petites récidives. Je serai heureux d'avoir votre avis ; est-ce de la métrite hémorragique ou du néo ? »

Entrée le 25 novembre 1928.

4 grossesses, accouchements normaux.

2 fausses-couches.

Ménopause 52 ans.

N'a pas perdu une goutte de sang de sa ménopause au 16 juillet 1928 ; depuis cette date, perd de temps en temps un peu de sang.

Au toucher vaginal : Vagin rétréci dans sa partie supérieure.

Au speculum : On voit un petit suintement sanguin sortir par le col.

La malade présente des varices aux membres inférieurs. Elle a fait en août une crise d'angine de poitrine.

Opérée le 28 novembre 1928 { M. Goidin (interne).  
Epidurale adrénaline. Anesthésie incomplète.

Hystérométrie : 7 cm. 1/2.

Dilatation du col. Curettage La cuvette ramène deux fragments de muqueuse d'aspect normal.

Sortie le 6 décembre 1928.

Pendant un an la malade ne présente pas d'hémorragie.

En novembre 1929 : Reprises des métrorragies, on ne trouve rien à l'examen.

Décès le 10 février 1930, de coma urémique, ainsi que l'atteste un mot de son médecin le Dr Goidin.

### Obs. III. — Curettage. Guérison.

N° 3035. Mme G., 47 ans.

Vient consulter le 18 décembre 1928 pour métrorragies.

Entrée le 21 décembre 1928.

Pas d'enfants.

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 45 ans.

Pendant vingt mois n'a pas perdu une goutte de sang. Depuis septembre 1928 perd un peu de sang d'une façon irrégulière, les pertes sont fétides. La malade accuse en même temps des douleurs abdominales du côté droit.

Toucher vaginal: Gros col, utérus de volume normal, rien d'anormal dans les culs-de-sac.

Amaigrissement de 15 kilos.

Tous les soirs légère élévation thermique.

Opérée le 24 décembre 1928 { M. GORDIN (interne).  
Anesthésie générale: Ether

Dilatation du col. Curettage. La curette ne ramène que des fragments de muqueuse ne présentant rien de caractéristique.

Sortie le 3 janvier 1929.

Nouvelles reçues fin juin 1933. Depuis le curettage n'a pas perdu une goutte de sang. Excellent état.

**Obs. IV. — Curettage. Guérison.**

N° 3321. Mme D..., 55 ans.

Vient consulter le 7 mai 1929 pour métrorragies et pertes séreuses.

Entrée le 12 mai 1929.

Réglée à 15 ans.

4 enfants (accouchements normaux).

2 fausses-couches de 2 mois 1/2.

Ménopause par étape:

Jusqu'à 48 ans, règles régulières: 25 jours, (5 jours, 3 garnitures);

De 48 à 50 ans règles irrégulières plus abondantes;

De 50 à 52 ans règles 2 à 3 fois par an;

A 52 ans ménopause.

Pendant 3 ans aucune perte sanguine.

Depuis février 1929, petites pertes de sang. Quelques gouttes de sang à plusieurs mois d'intervalle.

Touchervaginal : L'utérus dont on atteint mal le fond semble gros et mobile.

Spéculum : Le col est gros. Violacé.

Opérée le 15 mai 1929 { M. BOUVIER (interne);  
Pas d'anesthésie.

Le curettage avait été précédé la veille d'une pose de la minaire. La curette ramène quelques fragments de muqueuse.

On prélève un fragment du col.

Histologie :

α) Le col est atteint de lésions inflammatoires aiguës nécrobiosantes ;

β) La muqueuse utérine est frappée de mortifications fibroïdes ; ces lésions rappellent celles causées par un caustique ou par le radium. Pas de néoplasie (LETULLE).

Suites opératoires sans incident. Sortie le 25 mai 1929.

Nouvelles le 10 juin 1929 : Bon état, un peu de prurit vulvaire.

24 mars 1930 : Toucher vaginal négatif. Va bien.

23 septembre 1932 { Col dur, irrégulier.  
Corps normal.

Nouvelles reçues fin juillet 1933. Depuis le curettage pas de pertes sanguines. Bon état général.

#### Obs. V. — Curettage. Guérison.

N° 3341. Mme P .., 71 ans.

Vient consulter le 20 mai 1929 pour petites métrorragies.

Entrée le 20 mai 1929.

Ménopause à 53 ans.

Aucune perte depuis la ménopause.

Au début de mai apparition de petites métrorragies quotidiennes.

Opérée le 21 mai 1929 { D<sup>r</sup> J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Toucher vaginal : Utérus gros en rétroflexion.

Hystérométrie : 11 cm.

La cavité semble non seulement allongée, mais agrandie.

A la curette on ne sent pas de tumeur, on ramène deux ou trois débris de muqueuse qu'on envoie au laboratoire.

Histologie : Métrite chronique fibrinoïde (LETULLE).

Suites opératoires sans incidents. Sortie le 25 mai 1929.

Nouvelles reçues en décembre 32. N'a pas perdu une goutte de sang depuis le curettage. Pas de douleur. Excellent état général.

**Obs. VI.** — *Curettage. Mort au bout de 3 ans de cause inconnue.*

N° 3678. Mme B., 57 ans.

Vient consulter pour métrorragies.

Entrée le 16 décembre 1929.

Ménopause à 40 ans.

Aucune perte pendant 17 ans.

Depuis octobre 1929 : Métrorragies. Pertes blanches.

Un examen au lipiodol est fait par M. Bécèle :

« Les radiographies de face et de profil montrent une cavité utérine normale ».

Opérée le 19 décembre 1929 { M. CONSTANT (interne).  
Anesthésie générale : Ether.

Dilatation du col. La curette ramène quelques fragments de muqueuse englobés dans une sécrétion purulente. Pas de fragments suspects.

On met une mèche intra-utérine de sérum anti-streptococcique.

Suites normales. Sortie le 1<sup>er</sup> janvier 1930.

Pendant 3 ans aucune perte de sang.

En septembre 1932, la malade meurt ; il nous a été impossible de connaître les causes de la mort.

**Obs. VII. — Curettage. Guérison.**

N° 3738. Mme C. ., 61 ans.

Vient consulter le 29 janvier 1930 pour métrorragies.

Entrée le 29 janvier 1930.

Réglée à 11 ans.

1 accouchement (basiotripsie).

2 fausses couches.

Ménopause à 52 ans.

Il y a 5 ans, décembre 1925, a été opérée d'un polype utérin que l'examen a dit être suspect.

Depuis 5 mois, métrorragies : Petites pertes de sang rouge mélangé à un écoulement purulent.

Toucher vaginal : Normal.

Spéculum : Issue par le col de pus mélangé à du sang.

Opérée le 30 janvier 1930 { D<sup>r</sup> J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Dilatation du col. Au cours de la dilatation, il s'écoule une assez grande quantité de pus rougeâtre.

Hystérométrie 10 cm. 5.

La curette ne perçoit pas de tumeur intra-utérine et ne ramène aucun débris de muqueuse valant la peine d'être examiné.

Lavage intra-utérin. 1 drain dans le col. 2 mèches vaginales.

Suites normales. Sortie le 6 février 1930.

Nouvelles reçues le 22 juillet 1933, n'a pas perdu une goutte de sang depuis le curettage.

Excellent état. Tension artérielle élevée.

**Obs. VIII. — Curettage impossible. Hystérectomie. Kyste de l'ovaire.**

N° 4430 4456. Mme G. ., 65 ans.

Vient consulter le 21 janvier 1931 pour métrorragies.

Entrée le 21 janvier 1931.

Réglée à 12 ans.

1 accouchement normal.

Pas de fausse couche.

Ménopause à 40 ans.

Début des métrorragies il y a 4 mois.

Toucher vaginal. Gros utérus saillant en arrière.

Opérée le 23 janvier 1931 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Toucher vaginal : Gros utérus. Fibrome saillant en arrière.

Hystérométrie : 10 cm.

Dilatation du col. Cavité agrandie en tous sens. Curettage complet, méthodique impossible. Avant que la malade ne se réveille on libère des brides vaginales qui cèdent facilement, mais le fond du vagin cède aussi et l'on aperçoit une anse intestinale. Mickulicz. Quelques mèches.

Devant l'impossibilité de faire un curettage complet ; le diagnostic étant fibrome ou cancer du corps la malade est opérée le 3 février 1931 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve : Un kyste de l'ovaire droit que l'on ponctionne 1/2 litre de liquide brunâtre.

Un autre kyste plus petit dans la partie externe du ligament large.

Annexes gauches adhérentes, utérus étroit mais allongé, étiré.

Hystérectomie sub-totale facile, malgré le volume de l'abdomen.

La pièce : Cavité utérine normale.

Suites opératoires sans incident Sortie le 28 février 1931.

Nouvelles reçues fin juillet 1933. Excellent état général.

**Obs. IX. — Curettage. Guérison.**

N° 4439. Mme B..., 62 ans.

Malade envoyée par son médecin avec la lettre suivante :

« Mme B... présente depuis un an des métrorragies non douloureuses, au toucher vaginal, col dur, entr'ouvert, paraissant peu modifié dans son aspect, avec sang au bout du doigt ».

Entrée le 31 janvier 1931.

Réglée à 14 ans.

2 enfants, accouchements normaux.

2 fausses-couches.

Ménopause par étapes :

Jusqu'à 47 ans : Règles régulières.

De 47 à 48 ans : Règles irrégulières tous les 2 à 3 mois durant 3 à 4 jours.

De 48 à 50 ans : Arrêt des règles.

A 50 ans : Réglée 2 mois de suite, puis plus rien.

De 50 à 51 ans aucune perte.

Depuis 1 an métrorragies peu abondantes durant plusieurs jours chaque mois. Pas de pertes blanches.

Douleurs lombaires surtout marquées à gauche. Ventre volumineux.

Toucher vaginal : Très difficile, on ne peut pas sentir l'utérus.

|                          |   |                              |
|--------------------------|---|------------------------------|
| Opérée le 3 février 1931 | { | D <sup>r</sup> J. QUÉNU.     |
|                          |   | Anesthésie générale : Ether. |

Toucher vaginal : L'utérus ne semble pas gros. Pas de masse pelvienne.

Curettage difficile, car le fond du vagin est cicatriciel, inextensible, le col lui-même difficile à trouver.

La curette ne ramène que quelques fragments de muqueuse semblant normale.

Suites normales. Sortie le 8 février 1931.

Revue le 3 septembre 1932 : Vagin infundibuliforme, utérus normal.

Nouvelles reçues fin juillet 1933. Pas de pertes sanguines depuis le curettage.

**Obs. X. — Curettage. Guérison.**

N° 4688. Mme L..., 60 ans.

Vient consulter le 25 mai 1931 pour métrorragies.

Entrée le 29 mai 1931.

Réglée à 14 ans.

5 grossesses, accouchements normaux.

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 54 ans.

Pendant 6 ans aucune perte sanguine.

Depuis le début avril petites pertes roussâtres presque quotidiennes.

Toucher vaginal : Atrésie vaginale.

Opérée le 30 mai 1931 { Dr J. QUÉNU.  
                                  { Anesthésie générale : Ether.

Hystérométrie 7 cm.

La curette ramène quelques débris de muqueuse ne semblant pas suspecte.

Histologie : Le prélèvement est constitué par un fragment de muqueuse normale, ne présentant ni hyperplasie glandulaire, ni signe de dégénérescence maligne (J. LAVEDAN).

Suites opératoires sans incident. Sortie le 8 juin 1931.

Nouvelles reçues fin juillet 1933.

N'a pas perdu une goutte de sang depuis le curettage.  
Etat général satisfaisant.

---

## LÉSIONS MALIGNES (1)

---

**Obs. XII.** — *Hystérectomie totale. Guérison.*

N° 93, 124, 3667. Mme R..., 60 ans.

Vient consulter pour métrorragies le 16 février 1925

Entrée le 17 février 1925.

Réglée à 14 ans.

3 accouchements normaux.

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 54 ans.

Métrorragies peu abondantes datant de quelques mois.

Toucher vaginal : On ne sent pas le fond de l'utérus.

Spéculum : Col normal.

Possibilité de cancer.

Opérée le 18 février 1925 { Dr J. QUÉNU.  
Pas d'anesthésie, la malade  
toussant.

La curette ramène quelques fragments qui sont envoyés  
au laboratoire.

Histologie : Cancer du corps (VERLIAC).

Opérée le 2 mars 1925 { Dr J. QUÉNU.  
Rachi 3 cc. syncaïne.

Hystérectomie totale difficile chez une femme grasse et  
utérus montant mal. Hémostase et péritonisation correcte,  
1 drain vaginal, 1 drain abdominal. Paroi en 3 plans.

Suites simples. Sortie le 16 avril 1925.

Bonnes nouvelles en 1927 :

15 janvier 1927 : Très bon état.

---

(1) Les observations sont classées en suivant les dates auxquelles les malades sont venues consulter.

28 février 1927 : Très bon état. Il existe une grosse éventration parfaitement réductible.

5 septembre 1927 : Très bon état.

2 mars 1928 : A écrit. Va bien.

18 juin 1928 : Douleurs dans les membres inférieurs. Tousse, poumons à radiographier.

4 mars 1929 : Bon état.

14 décembre 1929 : Opérée d'ulcère variqueux (Résection sur 5 cm. de la saphène interne et de ses collatérales).

19 décembre 1929 : Revient pour tiraillement dans le ventre surtout lorsqu'elle est debout. Ne perd pas.

Toucher vaginal : Cicatrice vaginale en bon état, grosse éventration.

14 décembre 1931 : Soignée pour hypertension, localement parfait état.

Nouvelles reçues fin juillet 1933. Très bon état général.

**Obs. XII.** — *Hystérectomie totale. Décès un mois et demi après.*

N° 680, 713. Mad. L..., 70 ans.

Vient consulter le 25 novembre 1925 pour métrorragies.

Entrée le 26 novembre 1925.

Vieille fille, vierge, n'avait pas eu de pertes depuis sa ménopause.

Le 2 décembre 1925 : Examen fait par M. J. QUÉNU sous anesthésie générale (éther) pose d'une laminaire.

Opérée le 4 décembre 1925 (M. J. QUÉNU).

Curettage. La curette ramène de nombreux lambeaux de muqueuse suspecte.

Histologie : Epithélioma cylindrique (Milkovitch).

Opérée le 17 décembre 1925 { D<sup>r</sup> J. QUÉNU.  
Rachi-anesthésie.

Laparotomie. La vessie retombe entièrement sur l'utérus et est gênante, l'utérus monte mal, il adhère en arrière au rectum, on fait néanmoins l'exérèse, mais on a l'impression

de rester nettement en deçà des limites du mal, car il y a un envahissement des paramètres.

Hystérectomie totale ; il y a une telle sclérose des tissus, qu'on n'a même pas à pincer les artères utérines. Drain vaginal. Mickulicz. Paroi en 1 plan.

Suites simples. Lever le 23<sup>e</sup> jour, mais cachexie progressive

Décédée le 27 janvier 1926.

« Un gros bourgeon cancéreux a envahi la cavité vaginale et sort par la vulve ».

**Obs. XIII.** — *Métrorragies. Curettage. Cancer du corps (La malade a refusé l'opération) (1).*

N° 1320. Mad. R..., 63 ans.

Vient consulter pour métrorragies le 3 novembre 1926.

Entrée le 4 novembre 1926.

Ménopause à 55 ans.

N'a jamais perdu de 55 à 61 ans. Depuis 2 ans pertes de sang presque quotidiennes.

Toucher vaginal : On ne sent rien au toucher. Col petit entr'ouvert.

Opérée le 6 novembre 1926 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

La curette ramène quelques fragments de muqueuse qui sont envoyés au laboratoire.

Histologie : Epithélioma cylindrique végétant très infecté (VERLIAC).

La malade n'ayant pas voulu se laisser opérer sort de l'hôpital : le 14 novembre 1926.

Bonne santé jusqu'en juillet 1932, malgré l'existence de métrorragies.

---

(1) La fin de cette observation nous a été aimablement communiquée par M. le Dr HUARD.

Fin juillet 1932. La malade entre d'urgence à l'hôpital Necker avec des signes de sub-occlusion. La malade refuse l'opération.

Le lendemain, les symptômes s'aggravant, le malade est opérée d'urgence par le Dr HUARD.

Laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine issue de pus jaune, épais, qui semble venir du petit bassin. L'examen du pelvis montre un utérus du volume du poing, présentant au niveau de l'une de ses cornes une perforation (une sonde entre finalement dans la cavité utérine). Tout le fond de l'utérus est mou, friable donnant l'impression d'un véritable tissu spongieux infiltré de pus. L'état général étant très bas, le Dr Huard, ne fait pas d'hystérectomie. Large drainage au Mikulicz.

La malade guérit.

Elle est revue en décembre 1932, avec un assez bon état général métrorragies, douleurs abdominales.

**Obs. XIV.** — *Laparotomie exploratrice. Décès onze mois après.*

N° 1429, 1476. Mme C..., 66 ans.

Vient consulter le 6 décembre 1926, pour métrorragies.

Entrée le 17 décembre 1926.

Ménopause artificielle à 41 ans. (a été opérée en 1901 par M. Souligoux pour kyste de l'ovaire. A cessé depuis d'être réglée.

Toucher vaginal : Il semble que l'on ait conservé le corps utérin.

Il existe une petite tumeur sur la paroi antérieure du vagin.

Spéculum : Col normal. Le sang vient du corps.

Opérée le 18 décembre 1926 { FLEURY (interne).  
Anesthésie générale : Ether.

Hystérométrie 8 cm.

La dilatation est difficile, le col ne se laissant pas distendre. On ne peut passer que la bougie n° 8.

La curette ramène quelques fragments de muqueuse qui sont envoyés au laboratoire. Injection intra-utérine. Mèche.

Histologie : Epithélioma cylindrique — peu d'infection — assez nombreuse kariokinèse (Verliac).

Sortie le 22 décembre 1926.

Revient à l'hôpital le 8 janvier 1927.

Opérée le 13 janvier 1927 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Laparotomie exploratrice — utérus recouvert de bourgeons manifestement néoplasiques — adhérences en avant à la vessie — en arrière adhérences très intimes au colon pelvien. On referme sans avoir rien fait.

Des fragments sont prélevés et envoyés au laboratoire — ils ont été pris sur le fond utérin et l'épiploon envahi.

Histologie : Epithélioma cylindrique. Très végétant, ayant infiltré et détruit la totalité de la paroi utérine.

Sortie le 3 février 1927.

Nouvelles reçues en mai 1927 : Cachexie avec hémorragies. Décès le 24 décembre 1927.

**Obs. XV.** — *Hystérectomie sub-totale. Décès 4 ans après.*

N° 2108, 2115, 2138, 3564. Mme M..., 70 ans.

Vient consulter le 20 septembre 1927 pour métrorragies.

Entrée le 28 septembre 1927.

Ménopause à 54 ans.

N'a pas perdu depuis sa ménopause :

Il y a 2 mois : Petite hémorragie de sang rouge ayant duré 1 jour.

Il y a 6 semaines : métrorragies abondantes ayant duré 4 jours.

Les jours suivants écoulement de liquide purulent, fétide.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1927 : Examen sous-anesthésie (Rachi : échec puis ether) Dr J. QUÉNU.

Toucher vaginal : en dépliant le fond du vagin rétracté, on ne peut pas arriver à trouver l'orifice externe du col. Gros utérus.

Opérée le 4 octobre 1927 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Curettage, précédé la veille d'une pose de laminaire. fragments de muqueuse suspecte.

Histologie : Lésions de métrite chronique très développée, avec des irrégularités cellulaires et des mitoses suffisamment nombreuses pour qu'on puisse affirmer une évolution en voie de dégénérescence (Fondation Curie. Dr Pierquin.

Opérée le 12 octobre 1927 { Dr J. QUÉNU.  
Rachi. Echec. Ether.

Hystérectomie abdominale sub-totale.

On ouvre aussitôt la pièce pour s'assurer qu'il n'existe pas de tumeur intra-utérine se prolongeant dans le col.

L'opération est difficile parce que :

1<sup>o</sup> Femme grasse,

2<sup>o</sup> Le pelvis est rempli d'adhérences lâches (séquelles de péritonite de l'année dernière probablement). La vessie est grande, flasque, recouvrant entièrement l'utérus — 1 petit drain dans le vagin. Suites opératoire simples. Sortie le 5 novembre 1927.

La malade revient le 30 octobre 1929, parce qu'elle présente de nouveau des métrorragies.

Le 31 octobre 1929 : Examen fait par M. J. Quénu.

*Spéculum* : Il existe au niveau du fond du vagin un bourgeon d'aspect néoplasique, on en prélève un fragment avec la pince à biopsie de J. L. Faure, ce faisant on donne issue à une cuillerée de pus louche venant de la cavité sous-jacente.

Histologie : Epithélioma malpighien atypique (forme intermédiaire entre le spino et le baso-cellulaire) (LETULLE).

Sortie le 4 novembre 1929.

9 septembre 1930 : Ne perd plus du tout — quelques douleurs vésicales.

25 juillet 1931 : Abondantes hémorragies vaginales.

Décès le 10 août 1931.

Obs. XVI. — *Hystérectomie totale. Guérison.*

Nº 2298, 2343. Mme L .., 52 ans.

Vient consulter le 19 décembre 1927 pour métrorragies.

Entrée le 20 décembre 1927.

Réglée à 14 ans.

Un accouchement normal.

Pas de fausse couche.

### Ménopause à 50 ans.

Pas de pertes depuis sa ménopause.

Il y a 4 mois en août 1928 a commencé à perdre un peu de sang et de l'eau rousse, depuis perd tous les jours — Ne souffre pas.

T. S : 2' ; T. C. : 3' ; Az<sup>t</sup> 0,54.

Opérée le 24 décembre 1927 { Stœvia (interne).  
Anesthésie générale : Ether.

Curettage. A la curette on trouve une grande cavité. Très friable, saignant facilement, on ramène des bourgeons végétants.

On prélève un fragment d'une masse bourgeonnante et saignante sur la face antérieure de la lèvre antérieure du col.

Histologie : cancer cylindrique paraissant doué d'une grande vitalité. (LETULLE).

Opérée le 18 janvier 1928 { STOMA (interne).  
Anesthésie générale : Ether.

Laparotomie médiane.

Utérus petit présentant sur son fond des végétations en train de s'extérioriser.

Hystérectomie totale.

Hémostase soignée, péritonisation correcte quelques points d'affrontement entre les franges épiploïques du colon pelvien et le péritoine vésical, 1 gros drain vaginal. 1 gros drain abdominal.

Suites simples, lever le 20<sup>e</sup> jour.

Nouvelles reçues le 1<sup>er</sup> janvier 1929 : Excellent état local et général.

Le 1<sup>er</sup> septembre 1932 : même état.

Le 28 juillet 1933 : N'a pas perdu une goutte de sang depuis l'opération. Ne souffre pas.

**Obs. XVII.** — *Extirpation du col chez une femme opérée il y a un an d'hystérectomie sub-totale.*

N<sup>o</sup> 2415, 2509. Mme P. 66 ans.

Vient consulter le 20 janvier 1928 pour métrorragies.

Entrée le 23 janvier 1928.

Ménopause à 53 ans.

Malade opérée en mars 1927 à Argenteuil. Hystérectomie abdominale sub-totale pour métrorragies. A continué à perdre depuis l'opération. Depuis un mois, décembre 1927, perd abondamment en rouge et en blanc.

Toucher vaginal : col un peu dur, légèrement effacé mais sans ulcération perceptible.

Spéculum : Col saignant.

28 janvier 1928.

Prélèvement intra-cervical d'un fragment de muqueuse.

Histologie : Epithélioma cylindrique (LETULLE).

Opérée le 21 février 1928 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Laparotomie. Le col est recouvert en partie par la vessie, en partie par le colon pelvien qui lui adhère. Libération des adhérences. On a laissé les annexes gauches, je les enlève. Extirpation de ce moignon de col après hémostase des deux

pédicules utérins. Je suis obligé de recouper du vagin car traces de végétation néoplasiques, drain vaginal, Mickulicz.

La pièce. A l'ouverture on trouve une cavité cervicale bourrée de végétations.

Histologie : Epithélioma cylindrique très végétant (LETULLE).

Dans les suites opératoires, après l'ablation du Mickulicz il apparaît une petite désunion de la plaie.

Opérée le 27 mars 1928 { STOIA (interne).  
Anesthésie locale (Novocaïne).

Suture secondaire après avivement de la plaie, quelques fils de lin après désinfection préalable au Dakin.

Sortie le 14 avril 1928.

Malade revue le :

4 mai 1928 : Bon état, persistance d'une petite fistule à l'extrémité inférieure de la cicatrice abdominale.

23 mai 1929 : Céphalée et petites crises d'épilepsie Bravais Jacksonienne. Le Dr Schaeffer pense à une métastase vertébrale.

Moignon vaginal, parfait.

Petite éventration abdominale.

La radiographie montre une métastase du côté droit du crâne (fin mai 1929).

Décès le 25 novembre 1929.

**Obs XVIII.** — *Hystérectomie sub-totale (cancer dans fibrome)*  
*Guérison.*

N° 2444, 2461. Mme L., 55 ans.

Vient consulter le 24 février 1928 pour métrorragies.

Entrée le 26 février 1928.

Réglée à 13 ans.

Trois accouchements normaux ;

Pas de fausse-couche ;

Ménopause à 50 ans.

Pendant 4 ans n'a eu aucune perte.

Depuis 1 an perd jour et nuit comme de l'eau quelquefois légèrement rosée. N'a jamais perdu une goutte de sang pur.

Spéculum : petit polype saillant du col.

Opérée le 1<sup>er</sup> mars 1920 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

La curette ramène des fragments de muqueuse envoyés au laboratoire.

Histologie : Epithélioma cylindrique, mais paraissant doué d'une grande vitalité (Letulle).

Opérée le 10 mars 1928 { Dr J. QUÉNU.  
Rachi-anesthésie. Echee alors  
Ether.

Laparotomie.

Femme très grasse. L'utérus monte mal, on se contente d'une hystérectomie sub-totale.

La pièce est aussitôt coupé et examinée ; elle est formée de fibromes multiples gros de un pois à une prune.

Un petit néo dans la corne gauche. On laisse donc le col. Péritonisation parfaite. Paroi sans drainage.

Suites opératoires simples. Sortie le 31 mars 1928. Nouvelles reçues fin juillet 1933

Excellent état local et général, n'a pas perdu une goutte de sang.

**Obs. XIX.** — *Hystérectomie totale (cancer du corps, plus fibrome).*

N° 2877, 2909, Mme M..., 55 ans.

L'observation n'a pas été retrouvée.

Le diagnostic porté est celui de :

Cancer du corps de l'utérus + fibrome.

Entrée le 15 septembre 1928.

Opérée le 4 octobre 1928 { Dr J. QUÉNU.  
Rachi-anesthésie.

### Laparotomie :

Un peu d'ascite. A la surface de ce gros utérus fibromateux quelques taches jaunâtres bourgeonnantes néoplasiques.

L'utérus monte mal. On est obligé de mettre un désenclaveur, mais celui-ci lâche et par l'orifice s'écoule un liquide sanieux putride ; en hâte on termine l'hystérectomie que l'on fait de droite à gauche aux ciseaux. Au moment où l'on coupe le col, issue de liquide putride, on enlève le col ensuite.

1 drain dans le vagin. Quelques points sur la tranche, ligature, hémostase correcte. Mickulicz.

### La pièce :

Utérus gros comme une tête d'enfant, bosselé de fibromes à l'incision, cavité utérine énormément agrandie, elle pourrait contenir le poing. Ses parois sont rigides, tapissées par des végétations cancéreuses, abominablement fétides, dégageant une odeur de putréfaction.

Dans les suites opératoires, on note une désunion de la paroi.

Opérée le 23 octobre 1928 { Stoma (interne).  
Anesthésie locale.

Suture secondaire des téguments après avivement.

Sortie le 29 octobre 1928.

Décès, nous ignorons la date.

### Obs. XX. — *Laparotomie exploratrice. Décès.*

N° 3239, Mme P. C..., 67 ans.

Vient consulter le 25 mars 1929 pour métrorragies.

Entrée le 28 mars 1929.

1 accouchement normal.

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 50 ans.

Pas de pertes depuis sa ménopause.

En janvier 1929, apparition de petites métrorragies presque quotidiennes.

Toucher vaginal : Gros utérus. Cancer du corps ?

Opérée le 9 avril 1929 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Laparotomie exploratrice.

Tumeur bourgeonnante adhérente à la vessie, au rectum, à l'épiploon. Inextirpable.

Paroi en 2 plans.

Décès le 27 mai 1929.

**Obs. XXI. — Hystérectomie totale, Guérison**

N° 3315, 3332, Mme C..., 59 ans.

Vient consulter le 6 mai 1929 pour métrorragies.

Entrée le 8 mai 1929.

Réglée à 11 ans.

Pas d'enfants.

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 49 ans.

Depuis la ménopause aucune perte jusqu'en avril 1929.

Le 12 mai 1929. Examen sous anesthésie générale : Ether, (Dr J. QUÉNU).

Toucher vaginal : utérus incontestablement augmenté de volume et bosselé.

Spéculum : Vulve étroite, vagin rétréci et profond, col petit non ulcéré mais friable, non abaissable, on peut difficilement le cathétériser avec un hystéromètre très courbé en avant.

Curettage impossible.

Diagnostic : fibrome plus cancer du corps de l'utérus.

Opérée le 18 mai 1929 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Fibromes multiples. Hystérectomie totale assez difficile parce que le col est fixé, les paramètres sont infiltrés, le col

se déchire tout seul, thermocautérisation du tissu friable resté dans le vagin.

1 drain, 2 mèches iodoformées vaginales, péritonisation des 2 côtés, au milieu Mikulicz, paroi en un plan.

Histologie : Epithélioma baso-cellulaire, mais paraissant doué d'une très grande vitalité (LETULLE).

Suites simples, lever le 33<sup>e</sup> jour.

Sortie le 1<sup>er</sup> juillet 1929.

Malade revue le :

12 août 1929, cicatrice parfaite.

Toucher vaginal : Rien à signaler.

En novembre 1929 : M. Quénu diagnostique une récidue et renvoie la malade à M. Richard (Elle aurait dû y aller aussitôt après l'opération ; elle n'y est pas allée par négligence).

Nouvelles reçues fin juillet 1933. Excellent état.

**Obs. XXII.** — *Hystérectomie totale. Cancer du corps de l'utérus plus kyste de l'ovaire. Guérison.*

N<sup>o</sup> 4726. Mme D..., 55 ans.

L'observation n'a pas été retrouvée.

Entrée le 14 juin 1931.

Le diagnostic porté est celui de cancer du corps de l'utérus plus kyste de l'ovaire gauche.

Opérée le 16 juin 1931 { Dr J. QUÉNU.  
Rachi. Echec alors éther.

Laparotomie.

Kyste de l'ovaire gauche uniloculé, on s'en débarrasse.

Hystérectomie totale.

Difficile car la malade est grasse et le pelvis profond. Péritonisation. Petit drain cigarette dans le ventre. 1 drain vaginal. Paroi en 1 plan.

La pièce : L'utérus ouvert, on trouve :

Une tumeur bourgeonnante d'aspect jaune effiloché, ayant

déjà attaqué le myomètre et implantée largement sur presque toute la surface utérine.

Histologie : Epithélioma cylindrique (LAVEDAN).

Suites simples. Sortie le 5 juillet 1931.

Nouvelles reçues en décembre 1932. Excellent état.

**Obs. XXIII.** — *Hystérectomie totale. Guérison.*

N° 4998. Mme F..., 52 ans.

Vient consulter le 14 décembre 1931 pour métrorragies.

Entrée le 16 décembre 1931.

Réglée à 11 ans 1/2.

Pas de grossesse.

Pas de fausse-couche.

Ménopause à 48 ans.

Pertes sanguines peu abondantes depuis trois mois.

Toucher vaginal : Col difficile à sentir dans un fond de vagin infundibuliforme, il ne fait pas saillie dans le vagin, orifice étroit.

Toucher combiné au palper.

On sent difficilement deux masses :

L'une en continuité directe avec le col, sphérique qui doit être le corps utérin.

L'autre moins dure en haut et en arrière qui est peut-être une bosselure fibromateuse.

Opérée le 18 décembre 1931 { Dr J. QUÉNU.  
Anesthésie générale : Ether.

Hystérométrie : 9 cm.

Dilatation jusqu'à la bougie n° 9.

La curette ramène des fragments de muqueuse.

Histologie : Epithélioma cylindrique certain (LAVEDAN).

La malade a été opérée en dehors de l'hôpital.

Nouvelles reçues fin juillet 1933. Excellent état.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Si le cancer du corps est la cause la plus fréquente des hémorragies après la ménopause, il ne l'est pas, nous semble-t-il dans la proportion de 90 % indiquée par certains auteurs. Cette proportion d'après des statistiques récentes et bien établies ne serait que de 50 à 60 % et les faits que nous avons observés concordent avec ce chiffre.

Il est donc intéressant d'étudier les éléments de diagnostic qui permettront d'éviter à un certain nombre de malades une hystérectomie inutile.

2° Ni les caractères de l'hémorragie, ni les signes physiques, qui sont le plus souvent réduits à une simple augmentation de volume de l'utérus, ne permettent d'établir la nature bénigne ou maligne de la lésion saignante.

3° Le curettage explorateur reste le meilleur moyen de diagnostic dont nous disposons dans le cas de lésion intra-utérine. Pratiqué dans de bonnes conditions, sous anesthésie générale, après hystérométrie et dilatation

du col, il ne présente aucun danger et permet le plus souvent une exploration complète de la cavité. Dans certains cas, il peut y avoir intérêt à le faire précéder d'une hystérogaphie.

L'examen macroscopique et microscopique des produits de curettage, permettent d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic de cancer du corps utérin.

4° Dans le 1<sup>er</sup> cas on fera l'hystérectomie.

Dans le 2<sup>e</sup> cas, le curettage explorateur aura non seulement évité le risque d'une hystérectomie inutile, mais encore bien souvent fait disparaître les métrorragies quand elles ont pour cause une métrite banale.



*Vu, le Doyen*  
ROUSSY.

*Vu, le Président de la thèse,*  
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

ARNAL. — Contribution à l'étude de l'utérus sénile (*Thèse Paris*, 1905).

BARDON et MATEY CORNAT. — Un cas de cancer utérin avec perforation au cours d'un curettage explorateur (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, Bordeaux, 27 février 1923).

C. BÉCLÈRE. — Comment interpréter une radiographie de l'utérus et des trompes de Fallope (*Monde Médical*, 13 novembre 1930, t. p. XL, 921-929).

C. BÉCLÈRE. — Traitement du cancer du corps de l'utérus (*Paris. Médical*, 19 mars 1932, n° 12, p. 259).

BERGER et REEB. — Métastase vaginale d'un cancer du corps (*Société Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 1923).

BISCH. — Cancer primitif du corp de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1891).

BROCQ et CHABRUT. — A propos du curettage explorateur, comme moyen de diagnostic des métrorragies chez les femmes âgées (*La Médecine*, avril 1930, n° XI, p. 286).

CADENAT. — Les dangers de la biopsie dans le cancer de l'utérus (*L'Hôpital*, avril 1930, n° 260 bis, p. 252-253).

CAPLAN. — La biopsie dans le cancer de l'utérus (*Thèse Paris*, 1929).

CARRECHIO E. — Les surprises du curettage explorateur et le diagnostic du cancer de l'utérus (*Thèse Genève*, 1927).

COCHERET. — De la valeur des métrorragies après la ménop-

pause comme signe de cancer de l'utérus et comme indication de l'hystérectomie totale abdominale (*Thèse Paris*, 1909).

COTTE et BERTRAND. — Radio diagnostic gynécologique (*Gynécologie et obstétrique*, août 1926).

COTTE G. — L'exploration de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol (*Archives d'Elect. Méd.*, mars 1930 t. XXXVIII, p. 193 à 206),

DAMBRIN. — Du curettage explorateur dans les métrorragies (*Toulouse Médical*, 1<sup>er</sup> octobre 1931, n° 101, p. 692).

DUCUING. — Conduite à tenir en présence d'une femme atteinte de métrorragies post ménopausiques.

« Toute femme qui perd du sang après la ménopause à un cancer de l'utérus ».

Valeur du curettage explorateur dans les hémorragies post-ménopausiques.

(*Bul. de la Soc. d'Obst. et de Gyn de Paris*, Octobre 1932, n° 8, 1) p. 601, 2) p. 607, 3) p. 625).

DOR J. — Tumeur du corps de l'utérus. Radiodiagnostic lipiodolé. (*Bul. et Mém. Soc. des chirurg. de Marseille*, mai 1932, p. 185 à 188).

DOUAY. — Métrorragies après la ménopause par cancer de l'ovaire. (*Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn de Paris*, mai 1930, p. 340 à 342).

DOUAY. — Examen au lipiodol dans le cancer du corps de l'utérus. (*Bul. Soc. Obst.*, Paris, 8 juillet 1929, n° 7, p. 447 à 452).

DUVAL JEAN. — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1928, Arnette, Editeur).

FIOLE J. — Le curettage utérin (Paris, Masson, 1929).

J. L. FAURE. — Les méfaits du curettage dans le cancer du corps de l'utérus (*Presse Médicale*, 24 mai 1930, n° 42, p. 705).

J. L. FAURE. — Traité de Gynécologie et d'obstétrique (J.-L. Faure, A. Siredey 1928).

J.-L. FAURE. — *Discussion Bul. Soc. Obst. et Gynéc.*, juillet 1928, n° 75, p. 451.

FONTAN. — Métrorragies de la soixantaine (*Concours Médical*, 26 décembre 1926).

GALLERIAU. — Contribution à l'étude des hémorragies dites essentielles de la ménopause (*Thèse Paris*, 1919).

GASNE. — Les états pré-cancéreux de la muqueuse du corps utérin (*Thèse Paris*, 1932).

GOLD. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1929).

GONTALIER. — Contribution à l'étude des métrorragies après la ménopause sous la dépendance de lésions annexielles (*Thèse Paris*, 1931).

GRÉGOIRE, BÉCLÈRE et DARBOIS. — Examen radiologique de l'utérus et des annexes. Technique. Résultat (*Journal de chirurgie*, juin 1926, p. 688 à 709).

HERVÉ. — Comment s'impose cliniquement le cancer du corps de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1929).

KELLER R. — Le diagnostic du cancer de l'utérus. La valeur de l'infection de lipiodol (*Bul. Soc. Obst. Paris*, 1930, n° 6, p. 445-447).

LÉO. — De la biopsie dans les cancers du corps utérin (*B. et M. Soc. des chirurgiens. de Paris*, 2 novembre 1928, t. XX, n° 15, p. 768).

LEFÈVRE. — Un cas de perforation utérine au cours d'un curettage explorateur dans un cancer du corps utérin (*Toulouse Médical*, 1<sup>er</sup> octobre 1931, n° 19, p. 684).

LORMON. — La Pyométrie (*Thèse Paris* 1906).

MÉRIEL. — Du curettage explorateur dans les métrorragies (*Toulouse Médical*, 1<sup>er</sup> octobre 1931, n° 19, p. 692).

MICHON E. — Radiographie de l'utérus après injection de lipiodol. Cancer du corps et fibrome (*Journal de Radiol. et d'Elect.*, septembre 1928, t. XII, p. 439-440).

MICHON L. — Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus (*Thèse Lyon* 1923).

MORESTIN. — Indication du curettage (*Société Anatomie*, juin 1908).

MOULONGUET. — Métrorragies après la ménopause en dehors du cancer du corps (*Revue Gynéc. et Obst.*, 1924).

MOULONGUET. — Diagnostic anatomo-clinique du Professeur Lecène (appareil génital de la femme).

MOCQUOT. — Radiographie de la cavité utérine (*Bul. et Mém. Soc. Nat. de chirurgie*, 1925, t. LI, p. 4043-46).

MURET. — Des hémorragies post-climatériques (*Gyn. et Obst.* 1927, t. XV, n° 4, p. 241 à 259).

MURET. — A propos du curettage explorateur (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 10 mars 1931, t. XLI, n° 3).

PAUCHET. — Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin. La perforation utérine (*Bul. et Mém. des chirurg. de Paris*, 2 novembre 1928, t. XX, n° 14, p. 726-735, n° 15, p. 768-771).

PETIT-DUTAILLIS P. — Hémorragies génitales post-ménopausiques (*Presse médicale*, 20 août 1930, n° 67, p. 1127).

PETTIT. — Diagnostic histologique du curettage utérin (*Thèse Paris*, 1901).

POTHERAT. — Cancer utérin. Hystérectomie vaginale (*Thèse Paris*, 1910).

ROUFFART. — A propos de l'examen intra-utérin au lipiodol (*Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 6 décembre 1930).

SIREDEY. — Les hémorragies de la ménopause (*Journal Championnière*, 10 novembre 1930, article n° 29750, p. 781 à 798).

SIREDEY. — Diagnostic précoce du cancer du corps utérin. Faut-il dans les cas douteux faire un curettage explorateur (*Bul. et Mém. Soc. des chirurgiens de Paris*, 1929, t. XXI, n° 8, p. 314).

SIREDEY. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus (*Semaine des hôpitaux de Paris*, mai 1929, t. V, p. 131 à 139).

TEMESVARY. — Die Hysterosalpingographie (*Zeitsch. f. Geburt u. Gynäk.*, 1929, t. XCIV, p. 43-86).

TESAURO. — A propos d'une erreur de diagnostic avec le lipiodol (*Gynécologie*, octobre 1928, t. XXVII, p. 598 à 604).

TESSON. — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1901).

TISSIER et POLLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin. Etude clinique et statistique (*Lyon chirurgical*, janvier-février 1931, t. XXVIII, n° 1, p. 94 à 107).

TOURNEUX J -P. — Discussion du 27 janvier 1932 (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*).

VIGNES. — Cancer de l'utérus (*Progrès médical*, 22 novembre 1930, p. 2066).

VILLARD. — A propos du cancer du corps utérin. Etude clinique et statistique (*Lyon chirurgical*, janvier-février 1931, t. XXVIII, n° 1, p. 104).

---

4933. Saint-Amand (Cher) — Imprimerie A. CLERC



